

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |                                                  |         |              |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|-------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |                                                  |         |              |             |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                                                  |         |              |             |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                | JESSICA JOHANNA CASTELLANOS OCAMPO |                                                  |         | CC:          | 1022358135  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                 | JJOC2008@HOTMAIL.COM               |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3114811152  |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                | KR 68G 9C 97                       |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA      |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                                            | BANCO CAJA SOCIAL                  | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 24103045472 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |                                                  |         |              |             |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PS 7766 2025                       | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 2.380.457 |             |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2025/10/20                         | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2025/10/31   |             |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                                            | DEL 2025/10/20 AL 2025/10/31       |                                                  |         |              |             |
| <div><div><div>JESSICA JOHANNA CASTELLANOS OCAMPO<br/>PS_7766_2025_9E3581</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>JESSICA JOHANNA CASTELLANOS OCAMPO<br/>CC: 1022358135<br/>CEL: 3114811152</div></div> |                                    |                                                  |         |              |             |

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                       |
| JESSICA JOHANNA CASTELLANOS OCAMPO                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                       |
| CON C.C N°                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1.022.358.135                             |                       |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                               | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                    |                                           |                       |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PS 7766 2025                              | FECHA INICIO CONTRATO |
|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           | 2025/10/20            |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                         | \$ 2.400.022                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | No. HORAS EJECUTADAS                      | 73                    |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                                       | \$ 2.400.022                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.380.457          |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS                                                                                                                                                                                            | DOCE (12) DIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                           |                       |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                                      | HOSPITAL SANTA CLARA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |                       |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                                             | BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                       |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                               | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |                       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                  | SE REALIZA PLAN DE CUIDADO FAMILIAR ATRAVEZ DEL APLICATIVO GTAPS SEGÚN LA ATENCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           |                       |
| 2                                                                                                                                                                                                                                  | MEDIANTE EL CARGUE EN EL APLICATIVO GTAPS SE REALIZA EL CARGUE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS, ESTA ACCIÓN PERMITE CONSOLIDAR LA INFORMACIÓN, GARANTIZAR LA ARTICULACIÓN CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS INDIVIDUALES                                                                                                                                                                                                                          |                                           |                       |
| 3                                                                                                                                                                                                                                  | DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE REALIZA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA BASE DE DATOS DEFINIDA APLICATIVO GTAPS , GARANTIZANDO LA CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO. ASÍ MISMO, SE DILIGENCIA EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL (PCI), CONSIGNANDO LAS RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS DURANTE LA VALORACIÓN Y DE LA CONCERTACIÓN CON EL USUARIO Y/O CUIDADOR, ASEGURANDO ASÍ LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y EL SEGUIMIENTO EN SALUD                            |                                           |                       |
| 4                                                                                                                                                                                                                                  | DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, EN CASO DE IDENTIFICAR UN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE LA ATENCIÓN O VISITA DOMICILIARIA, SE REALIZA LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE (SIVIGILA U OTRO SEGÚN EL EVENTO) SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. ASIMISMO, SE INFORMA AL GESTOR FAMILIAR Y/O AL EQUIPO DE APOYO DEL EBS MINISTERIO PARA GARANTIZAR EL SEGUIMIENTO, INTERVENCIÓN Y ARTICULACIÓN OPORTUNA CON LA RED DE SERVICIOS Y LAS AUTORIDADES DE SALUD COMPETENTES. |                                           |                       |
| 5                                                                                                                                                                                                                                  | DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE IDENTIFICAN LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL DEL USUARIO, DE ACUERDO CON SU CURSO DE VIDA. ESTA OBSERVACIÓN PERMITE DETECTAR ALTERACIONES TEMPRANAS Y APLICAR INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, O REMITIR OPORTUNAMENTE A LOS PROFESIONALES CORRESPONDIENTES                                                                                                                                                                 |                                           |                       |
| III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                       |
| SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                       |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                               | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI                                        | NO                    |
| 1                                                                                                                                                                                                                                  | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | X                                         |                       |
| 2                                                                                                                                                                                                                                  | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?                                                                                                                                                                                                                                                                                 | X                                         |                       |
| 3                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X                                         |                       |
| 4                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X                                         |                       |
| 5                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X                                         |                       |
| Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-10-20) AL (2025-10-31) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                       |
| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                       |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                   | N°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | OPERADOR:                                 |                       |

| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SALUD TOTAL                                                                                                                                                                                                                                   |               | \$ 0         |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PORVENIR                                                                                                                                                                                                                                      |               | \$ 0         |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SURA                                                                                                                                                                                                                                          |               | \$ 0         |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                               |               |              |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                               |               | \$ 0         |
| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                               |               |              |
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |               |              |
| 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut) |                                                                                                                                                                                                                                               |               |              |
| 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                               |               |              |
| 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |               |              |
| VII. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |               |              |
| (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |               |              |
| Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |               |              |
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div><div>JESSICA JOHANNA CASTELLANOS OCAMPO</div><div>PS_7766_2025_9E3581</div><div>JESSICA JOHANNA CASTELLANOS OCAMPO</div><div>CC: 1022358135</div></div> |               |              |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                               | <div><div>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</div><div>PS_7766_2025_9E3581</div><div>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>          |               |              |