

| DATOS DEL CONTRATISTA                                          |                                |                                |         |            |            |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------|------------|------------|-----------------------------------------------------------------|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)                        |                                |                                |         |            |            |                                                                 |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                           | HEIBER SANTIAGO PINEDA SANCHEZ |                                |         | CC:        | 1012446615 |                                                                 |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                            | SANTIAGOC.P.SS@GMAIL.COM       |                                |         | TELÉFONO:  | 3144711945 |                                                                 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                           | KR 78G 73A 22 SUR              |                                |         | CIUDAD:    | BOGOTA     |                                                                 |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                       | BBVA COLOMBIA                  | TIPO DE CUENTA:                | AHORROS | N° CUENTA: | 0766215925 |                                                                 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO          |                                |                                |         |            |            |                                                                 |
| N° DEL CONTRATO:                                               | PS 6194 2025                   | N° CDP:                        | 2393    | N°. RP:    | 0          | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS<br>PRORROGAS: DIECISIETE (17) DIAS |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                       | 2025/08/15                     | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: |         | 2025/08/31 |            |                                                                 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                       | DEL 2025/08/19 AL 2025/08/31   |                                |         |            |            |                                                                 |
| VALOR A PAGAR<br>CORRESPONDIENTE AL PERIODO<br>OBJETO DE COBRO | \$ 910.000                     |                                |         |            |            |                                                                 |



HEIBER SANTIAGO PINEDA SANCHEZ  
PS\_6194\_2025\_358448

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
HEIBER SANTIAGO PINEDA SANCHEZ  
CC: 1012446615  
CEL: 3144711945

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
 HEIBER SANTIAGO PINEDA SANCHEZ

CON C.C N° 1.012.446.615

|                      |                                                                                                                                                                    |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |                      |                                           |            |
|-------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 6194 2025         | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2025/08/15 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$ 1.190.000         | No. HORAS EJECUTADAS                      | 0          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$ 1.190.000         | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 910.000 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | DIECISIETE (17) DIAS |                                           |            |

|                                               |                               |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                        | RONALD AGUILAR GOMEZ          |

| 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    | 1. Generé y/o verifiqué la apertura de los ingresos y/o admisiones en el sistema DGH y los soportes del paquete administrativo cargados por el área de autorizaciones de los usuarios a facturar 2. Informé al area de trabajo social las novedades presentadas durante el periodo 3. Realicé la verificación y confirmación de las ordenes de servicio de los ingresos a facturar 4. Generé los egresos dentro de los tiempos establecidos en el sistema de información DGH a las salidas de los pacientes reportadas por el área sistencial 5. Entregué las salidas a los pacientes para ser presentadas al area de seguridad 6. Generé las facturas y/o registros de servicios de los pacientes de urgencias verificando (según aplique) el cargue de sus repectivos soportes en la pestaña de requerimientos del sistema de información DGH 7. Generé los recibos de caja, y/o pagares con su correspondiente solicitud de crédito realizando la entrega de los formatos debidamente diligenciados a la persona encargada 8. Entregue el dinero recaudado en los formatos establecidos a la persona encargada del área de tesoreria 9. Apoye los diferentes procesos del área en los momentos de contingencia, lentitud y/o caidas del sistema y bases de datos reportandole al profesional encargado |

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 **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-08-19) AL (2025-08-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |           |               |              |
|-----------------------------------------------|-----------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:                              | N°        | OPERADOR:     |              |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD   | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                        | COMPENSAR |               | \$ 0         |
| PENSIÓN:                                      | COLFONDOS |               | \$ 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**



HEIBER SANTIAGO PINEDA SANCHEZ

PS\_6194\_2025\_358448

**HEIBER SANTIAGO PINEDA SANCHEZ**

**CC: 1012446615**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



YAMILE CANO HERRERA

PS\_6194\_2025\_358448

**YAMILE CANO HERRERA**

**SUPERVISOR ALTERNO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



RONALD AGUILAR GOMEZ

PS\_6194\_2025\_358448

**RONALD AGUILAR GOMEZ**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                                |        |                   |                    |                         |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--------|-------------------|--------------------|-------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO                  |
| CC                                  | 1012446615        | HEIBER SANTIAGO PINEDA SANCHEZ |        | CR 78G 73H 22 SUR | 3144711945         | santiagocp.ss@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                         |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                                |        | BOGOTÁ D. C.      | BOGOTÁ, D.C.       |                         |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                                |        |                   |                    | NO                      |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2025-12              | 2025-12                           | I             | 26/01/2026               | 41778905        | \$445.800        |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 |                  |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 19        | 2.100                 | 0              | 180.100       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |           |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|-----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 231001          | Colfondos | 800227940-6 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 19        | 2.700                 | 0              | 230.500       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 34.700                 |                  |       |                        | 34.700                | 19        | 500                   | 35.200              |                            |                     | 347               | 35.200        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |     |              |           |
|---------------|--------|--|--|--|-----|--------------|-----------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  | NIT | Valor Aporte | Días Mora |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 19        | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 19        | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 178.000                             | 180.100       |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 230.500       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.700                              | 35.200        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 440.500                             | 445.800       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |        |                   |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|-------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1012446615        | HEIBER SANTIAGO PINEDA SANCHEZ |        | CR 78G 73H 22 SUR | 3144711945         | santiagocp.ss@gmail.com             |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                |        | BOGOTÁ D. C.      | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                                |        |                   |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                |        |                   |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2025-12              | 2025-12                           | I             | 26/01/2026               | 41778905        | \$445.800 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                |           |        |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |          |          |           |                   |                      |                      |                                |                                 |          |              |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------------|-----------|--------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|----------|-----------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|--------------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                |           |        |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD    |          |           | RIESGOS LABORALES |                      |                      | CCF                            |                                 |          | PARAFISCALES |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres            | Cotizante | Sueldo | Exonerado | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | IVA | IVA | AVP | VCT | IRL | CONEXIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización        | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS      | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 1012446615            | PINEDA SANCHEZ HEIBER SANTIAGO | 59        | 0      |           | N                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |          | Z31001   | 1.423.500 | 227.800           | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 1.423.500    | 178.000                | 14-11    | 1.423.500 | 3               | 34.700     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA