

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

| | | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|-----------------|-----------|------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JENNIFER PAOLA MORENO VILLAMIZAR | | CC: | 49606686 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | JENNIFERMORENO1@HOTMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3184738552 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CL 127C N° 49 - 18 | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 006301174410 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|--|---------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 1815 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 26.228.538 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/01/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/01/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31 | | |



JENNIFER PAOLA MORENO VILLAMIZAR

PS_1815_2025_68EFD6

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JENNIFER PAOLA MORENO VILLAMIZAR

CC: 49606686

CEL: 3184738552

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JENNIFER PAOLA MORENO VILLAMIZAR

CON C.C N°

49.606.686

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO NEONATOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

| | | | |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 1815 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/01/01 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 65.063.040 | No. HORAS EJECUTADAS | 258 |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|

| | | | |
|---|----------------|--|---------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 323.790.285 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 26.228.538 |
|---|----------------|--|---------------|

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL MATERNO INFANTIL

NOMBRE DEL SUPERVISOR: XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

1. REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD CON UN ALTO NIVEL CIENTIFICO, ETICO Y HUMANO, DE UNA MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE CON CORRESPONDENCIA CON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, Y TENIENDO EN CUENTA QUE TODAS LAS DECISIONES CLINICAS GENERADAS EN LA ATENCION MEDICA, PROCURARAN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE EL USO RACIONAL DEL CONOCIMIENTO MEDICO Y DE LOS RECURSOS DISPONIBLES. 2. BRINDAR UNA ATENCION EN SALUD BUSCANDO LOS MEJORES ESTANDARES DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA, CONTINUIDAD Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCION PERSONALIZADA Y HUMANIZADA, CUMPLIENDO EL PRINCIPIO DE EQUIDAD Y CON ENFASIS EN ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, INTENCIONES Y GUIAS DE ATENCION, DE ACUERDO A LOS ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION. 3. PRESTAR SUS SERVICIOS ASISTENCIALES RESPETANDO LA AUTONOMIA INSTITUCIONAL DE LA SUBRED, SU VISION, MISION, ESTRUCTURA ORGANICA REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS, TECNICOS, CIENTIFICOS Y DISCIPLINARIOS, ACOGIENDO LAS DIRECTRICES INSTITUCIONALES. 4. REALIZAR LAS ACTIVIDADES SEGUN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DANDO CUBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE OFERTA EL SERVICIO Y SEA REQUERIDO. 5. INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICION CLINICA, PLAN DE MANEJO, ATENCION Y RECOMENDACIONES DE EGRESO, CONOCER EL GRADO DE SATISFACCION SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y RESOLVER INQUIETUDES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ATENCION. 6. LLEVAR REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES, ASI COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA INSTITUCION Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION. 7. RESPETAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE. CUMPLIR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES PROPIAS DE LOS SERVICIOS EN DONDE SE PRESTE LA ATENCION. 8. REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACION E IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS. 9. EMITIR CONCEPTOS MEDICOS QUE SE LE REQUIERAN, REALIZAR RESUMENES DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS QUE SEAN SOLICITADOS. 10. DILIGENCIAR EN FORMA COMPLETA. OPORTUNA, SISTEMATIZADA Y LEGIBLE (EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN FALLAS DEL SISTEMA), LOS FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMAS REGISTROS PROPIOS DE SU ACTUAR, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LOS PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA Y DEMAS DIRECTRICES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS Y RESPALDANDO TODAS LAS ACTUACIONES REALIZADAS AL PACIENTE CON FIRMA Y SELLO. 11. GARANTIZAR LA DEBIDA RESERVA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS REGISTROS CLINICOS. 12. GARANTIZAR LA INTEGRIDAD Y ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSTALACIONES, ASI COMO LA UTILIZACION RACIONAL DE LOS RECURSOS QUE LA SUBRED APORTE AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS Y RESPONDER SU REPOSICION O REPARACION CUANDO LOS DAÑOS SE OCASIONEN POR NEGLIGENCIA O INADECUADA MANIPULACION DE LOS MISMOS. 13. REPORTAR AL AREA DE RECURSOS FISICOS - ACTIVOS FIJOS DE LA SUBRED, LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA, QUE SE DESTINE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES. 14. EL CONTRATISTA DEBERA RESPONDER POR LA SEGURIDAD Y MANTENIMIENTO DE SUS EQUIPOS. 15. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL DESARROLLO, IMPLEMENTACION Y CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS INSTITUCIONALES, SISTEMA INTEGRADO DE GESTION, ACREDITACION, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEMAS ACTIVIDADES ENMARCADAS DENTRO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD. 16. PARTICIPAR EN LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO. 17. PARTICIPAR

1

EN LA COLABORACION, ACTUALIZACION, IMPLEMENTACION Y ADHERENCIA DE GUIAS, MANUALES, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS QUE APLIQUEN AL SERVICIO. 18. APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES. 19. PARTICIPAR EN LA ELABORACION DE RESPUESTAS A RECLAMACIONES Y REQUERIMIENTOS QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DE LA ATENCION QUE SE OBLIGA A PRESTAR A LOS USUARIOS O PACIENTES QUE DEMANDEN EL SERVICIO. 20. PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A OBJECIONES INICIALES EVITANDO ASI QUE SE GENERE GLOSA DEFINITIVA O PROCESOS DE CONCILIACION POR PARTE DE EPS-S-EAPB. 21. NOTIFICAR LOS SUCESOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCESO DE ATENCION, PARTICIPAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO. 22. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 23. DESARROLLAR ACTIVIDADES DE DOCENCIA DE SERVICIO EN LA REVISTA MEDICA U OTRO ESPACIO DIRIGIDAS A LOS ESTUDIANTES Y/O PERSONAL DEL SERVICIO, PARA EL DESARROLLO Y FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD, SI APLICA. 24. INSTRUIR A LA COMUNIDAD SOBRE LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD. 25. PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES, COMITES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO. 26. INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. 27. FACILITAR LAS LABORES DE SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL QUE LA SUBRED REALICE EN FORMA DIRECTA POR LA SUBDIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD, LA OFICINA DE CALIDAD Y/O A TRAVES DE TERCEROS. 28. CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMAS SOLICITUDES DE LA SUPERVISION Y DE LA OFICINA DE GARANTIA DE CALIDAD. 29. ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, REQUISITO INDISPENSABLE PARA GENERAR CADA PAGO A SU FAVOR, ANEXANDO LA PLANILLA DE PAGO DEL PERSONAL VINCULADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO LOS APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEBERAN COMPRENDER SALUD, PENSION Y ARL. 30. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DE SUPERVISION DE LOS CONTRATOS CUANDO ESTAS SEAN ASIGNADAS. 31. TODAS LAS DEMAS INHERENTES O NECESARIAS PARA LA CORRECTA PRESTACION DEL SERVICIO. 32. ESTAR AFILIADO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y ACREDITAR INSCRIPCION EN EL RETHUS Y MIPRES.

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|--------------------|---------------|---------------|------------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 9497917822 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | ALIANSA SALUD | 2026/01/16 | \$ 1.342.000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/01/16 | \$ 1.825.100 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/01/16 | \$ 261.600 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 3.428.700 |

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



JENNIFER PAOLA MORENO VILLAMIZAR

PS_1815_2025_68EFD6

JENNIFER PAOLA MORENO VILLAMIZAR

CC: 49606686

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1815_2025_68EFD6

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

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



XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA

PS_1815_2025_68EFD6

XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|----------------|----|----------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| CC 49606686 | | MORENO VILLAMIZAR JENNIFER PAOLA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 127C N 49 - 18 APTO 201 T 1 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4613897 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-------------|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-12 | 2025-12 | 2085291009 | 9497917822 | I | 2026/01/22 | 2026/01/16 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | \$3,428,700 |

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|--------------|----------------------|----------------------------------|--------|---------|--------------|-------------|--------|-------|--------------|-------------|--------|------|-----|--------|--------|---------|--------------|-----------|------|--------------|--------|--|--|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | | |
| 1 | CC 49606686 | MORENO VILLAMIZAR JENNIFER PAOLA | 25-14 | 30 | \$10,735,600 | \$1,825,100 | EPS001 | 30 | \$10,735,600 | \$1,342,000 | | 0 | \$0 | \$0 | 14-11 | 30 | \$10,735,600 | \$261,600 | 0 | \$0 | \$0 | | |
| Total | Afiliados(1) | | | | \$10,735,600 | \$1,825,100 | | | \$10,735,600 | \$1,342,000 | | | \$0 | \$0 | | | \$10,735,600 | \$261,600 | | \$0 | \$0 | | |

| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | |
|----------------------------------|--------|-------------|----|-----------|--------------------|----------------|------------------------|--------------------|
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$1,825,100 | \$0 | \$0 | \$1,825,100 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | \$1,825,100 | \$0 | \$0 | \$1,825,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$261,600 | \$0 | \$0 | \$261,600 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | \$261,600 | \$0 | \$0 | \$261,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$1,342,000 | \$0 | \$0 | \$1,342,000 |
| ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | EPS001 | 830,113,831 | 0 | 1 | \$1,342,000 | \$0 | \$0 | \$1,342,000 |
| TOTAL | | | | 1 | \$3,428,700 | \$0 | \$0 | \$3,428,700 |