

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |                                                  |         |              |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                                                  |         |              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                  |         |              |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                              | OLGA PATRICIA VILLABON MARTINEZ |                                                  |         | CC:          | 52714915     |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                               | OVILLABONMARTINEZ@GMAIL.COM     |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3133473071   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                              | KR 52B 19A 02 SUR TO 7 AP 202   |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A.           | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 488447866549 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                                                  |         |              |              |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                  | PS 1256 2026                    | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 3.603.600 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                          | 2026/02/01                      | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/05/31   |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                          | DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28    |                                                  |         |              |              |
| <div><div>OLGA PATRICIA VILLABON MARTINEZ<br/>PS_1256_2026_B7E3B7</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>OLGA PATRICIA VILLABON MARTINEZ<br/>CC: 52714915<br/>CEL: 3133473071</div> |                                 |                                                  |         |              |              |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
OLGA PATRICIA VILLABON MARTINEZ

CON C.C N°52.714.915

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 1256 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$14.894.880No. HORAS EJECUTADAS180

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$14.894.880VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$3.603.600

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASCUATRO ( 4 ) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL LA VICTORIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:ANGELA MARIA MENDOZA MESA

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)

11. REALICE 667 SESIONES DE TERAPIA (RESPIRATORIA) EN EL ÁMBITO DE HOSPITALIZACION
22. REALICE RESPUESTA A INTERCONSULTAS, BRINDE ATENCIÓN PERSONALIZADA Y ADAPTADA A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ATENCIÓN PARA GARANTIZAR QUE LA ATENCIÓN SEA PERTINENTE Y EFECTIVA, DOCUMENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA TODAS LAS SESIONES DE TERAPIA 667 DE LA ATENCIÓN BRINDADA CON REPORTE DE LO HECHO EN LA ATENCIÓN
33. CONOZCO Y CUMPLO CON LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION CENTRO ORIENTE, INCLUYENDO LOS REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS, CIENTÍFICOS Y DISCIPLINARIOS, CONOZCO Y CUMPLO LOS ROLES Y RESPONSABILIDADES ASIGNADOS DE LA ESTRUCTURA ORGANIZADA DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, ADEMÁS CONOZCO Y CUMPLO LA VISIÓN Y MISIÓN DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE.
44. REALICE TERAPIAS RESPIRATORIA: TERAPIA RESPIARTORIA 667, OXIMETRIAS 388, GASES 35,PARA UN TOTAL DE ACTIVIDADES 488 HOSPITAL VICTORIA Y PACIENTES CUMPLIENDO CON LOS OBJETIVOS ES DE 633
- 55.TERAPIAS RESPIRATORIA: 667; CON UN TOTAL DE ACTIVIDADES 488 Y 633 CUMPLIENDO LOS OBJETIVOS
66. ENTREGA DE INFORME DE PRODUCCIÓN MENSUAL (5/1/2026), ENTREGA DE OBJETIVOS (5/1/2026) DILIGENCIAMIENTO DE DRIVES (5/1/2026)
77. REALICE REGISTRO COMPLETO Y CON CALIDAD DE (488) CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y LOS DEFINIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.
- 89.GARANTICE LA PRIVACIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE
911. SE REPORTAN SUCESOS DE SEGURIDAD POR LOS MECANISMOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE.
- 1012.PARTICIPE EN LA ENCUESTAS Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS EN EL MES DE ENERO DEL 2026.
1119. ASISTI A ENCUESTA Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS PARA EL MES DE ENERO DEL 2026
- 1222.CUMPLI CON ACCIONE DE MEJORA.
1323. CUMPLÍ CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN
1424. ASISTIA LA UNIDAD DE VICTORIA CUMPLIENDO MI ROTACION EN HOSPITALIZACION EN EL MES DE ENERO.

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, <u>CERTIFICO</u></b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-02-01) AL (2026-02-28)                                                                   |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                        |              |
| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                        |              |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                                                                                            | N° 41406228                                                                                                   | OPERADOR:                                                                                                                                                                                                                              | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ENTIDAD                                                                                                       | FECHA DE PAGO                                                                                                                                                                                                                          | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SURA                                                                                                          | 2026/02/11                                                                                                                                                                                                                             | \$ 219.800   |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PROTECCION                                                                                                    | 2026/02/11                                                                                                                                                                                                                             | \$ 281.300   |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SURA                                                                                                          | 2026/02/11                                                                                                                                                                                                                             | \$ 42.900    |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                        |              |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                        | \$ 544.000   |
| 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 ningún 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>OLGA PATRICIA VILLABON MARTINEZ</div><div>PS_1256_2026_B7E3B7</div><div>OLGA PATRICIA VILLABON MARTINEZ</div><div>CC: 52714915</div></div>  |              |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                               | <div><div>ANGELA MARIA MENDOZA MESA</div><div>PS_1256_2026_B7E3B7</div><div>ANGELA MARIA MENDOZA MESA</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div> |              |

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                                 |        |                         |                    |                             |
|-------------------------------------|-------------------|---------------------------------|--------|-------------------------|--------------------|-----------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                |        | DIRECCIÓN               | TELÉFONO           | CORREO                      |
| CC                                  | 52714915          | OLGA PATRICIA VILLABON MARTINEZ |        | Cra 52 b # 19 a -02 sur | 3133473071         | ovillabonmartinez@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 (DÍA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLÉADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2026-01              | 2026-01                           | I             | 11/02/2026               | 41406228        | TOTAL A PAGAR    |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$554.700        |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS010        | EPS Sura | 800088702-2 | 218.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 6         | 900                   | 0              | 219.800       | 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 |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 280.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 6         | 1.100                 | 0              | 281.300       | 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 | 42.700                 |                  |       |                        | 42.700                | 6         | 200                   | 42.900              |                            |                     | 427               | 42.900        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 10.600       | 6         | 100               | 10.700        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 6         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 6         | 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                              | 218.900                             | 219.800       |
| Pensión                | 1                              | 280.200                             | 281.300       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 42.700                              | 42.900        |
| CCF                    | 1                              | 10.600                              | 10.700        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 552.400                             | 554.700       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                 |        |                         |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|-------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                |        | DIRECCIÓN               | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52714915          | OLGA PATRICIA VILLABON MARTINEZ |        | Cra 52 b # 19 a -02 sur | 3133473071         | ovillabonmartinez@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           |
| 2026-01              | 2026-01                           | I             | 11/02/2026               | 41406228        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$554.700     |

| 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 exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IVA | IVA     | IVA | IVA | IVA | IVA | IVA | 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   | 52714915              | VILLABON MARTINEZ OLGA PATRICIA | 57        | 0      |           |                   | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |     | 230201   | 1.750.905 | 280.200    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS010   | 1.750.905 | 218.900                | 14-11    | 1.750.905    | 3               | 42.700     | CCF24      | 1.750.905 | 10.600     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA