

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                                                  |         |              |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|-------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  |                                                  |         |              |             |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)                                                                                                                                                                                                                                             |                                  |                                                  |         |              |             |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                | ADRIANA STELLA SANABRIA MARTINEZ |                                                  |         | CC:          | 52285250    |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                 | ADRIANABRIA1922@GMAIL.COM        |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3112587311  |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                | KR 44 77 37 SUR                  |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA      |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                            | BANCOLOMBIA                      | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 04000005769 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                               |                                  |                                                  |         |              |             |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                    | PS 2593 2026                     | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 2.352.000 |             |
| 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>ADRIANA STELLA SANABRIA MARTINEZ<br/>PS_2593_2026_B986D5</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>ADRIANA STELLA SANABRIA MARTINEZ<br/>CC: 52285250<br/>CEL: 3112587311</div> |                                  |                                                  |         |              |             |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
ADRIANA STELLA SANABRIA MARTINEZ

CON C.C N°52.285.250

|                      |                                                                                                                                                                                        |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-ENFERMERIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |                    |                                           |             |
|-------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------|-------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 2593 2026       | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2026/02/01  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$9.114.000        | No. HORAS EJECUTADAS                      | 192         |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$9.114.000        | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$2.352.000 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | CUATRO ( 4 ) MESES |                                           |             |

|                                               |                      |
|-----------------------------------------------|----------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL LA VICTORIA |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                        | NATALY DUQUE SALAZAR |

| 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 recibió y entregó turno informando pendientes y novedades de pacientes de los servicios asignados, trámites en gestión, así mismo se entregó inventario de elementos asignados                                                            |
| 2    | Se realizó el traslado de los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidad de la cama, condiciones de seguridad e integridad del paciente (barandas arriba, oxígeno, protegiendo al paciente del frío y cuidado de su intimidad) |
| 3    | Se trasladaron las muestras biológicas al laboratorio clínico, de forma oportuna y con las condiciones de bioseguridad y conservación adecuadas                                                                                              |
| 4    | Se tramitó la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos X, etc.);                                                                                                                                |
| 5    | Se trasladaron los equipos menores, velando por la integridad y seguridad de los mismos                                                                                                                                                      |
| 6    | Se trasladaron insumos médico-quirúrgicos desde farmacia al servicio de acuerdo a la necesidad del servicio                                                                                                                                  |
| 7    | Se respondió por el inventario que se le había asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo su actividad                                                                                      |
| 8    | Se realizó la limpieza y desinfección de los equipos asignados, de acuerdo al Manual;                                                                                                                                                        |
| 9    | Se asumió de forma responsable y respetuosa la relación laboral con compañeros                                                                                                                                                               |
| 10   | Se conservó, mantuvo y garantizó la reserva legal de la historia clínica                                                                                                                                                                     |
| 11   | Se asistió a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, conforme a sus actividades                                                                                                                       |
| 12   | Se informaron daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes                                                                                                                                                       |
| 13   | Se trasladaron los pacientes fallecidos a la morgue y se ubicaron en la nevera destinada para tal fin, conservando el cuidado e integridad del paciente                                                                                      |
| 14   | Se realizó traslado de los pacientes a los diferentes exámenes y valoraciones requeridas, en forma oportuna y segura                                                                                                                         |
| 15   | Se ofreció trato con calidez y calidad al paciente y la familia, brindando una atención humanizada y conservando el respeto por la dignidad humana                                                                                           |
| 16   | Se participó en las actividades de código rojo, código azul, rutas de atención y demás atenciones donde se requirió                                                                                                                          |
| 17   | Se cumplió con el protocolo de gestión de hemocomponentes de acuerdo a su perfil                                                                                                                                                             |
| 18   | Se ejercieron las actividades asignadas de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio                                                                                        |
| 19   | Se portó el carné de identificación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente y se usó el uniforme establecido por la institución durante la ejecución de las actividades contractuales                                    |
| 20   | Se cumplió con el diligenciamiento y entrega oportuna de la hoja de ruta                                                                                                                                                                     |
| 21   | Se dio cumplimiento a guías y protocolos de prevención de infecciones y seguridad del paciente                                                                                                                                               |
| 22   | Se cumplió con protocolos institucionales donde se incluyó recibo y entrega de turno, traslado de paciente y sujeción terapéutica                                                                                                            |
| 23   | Se atendió el llamado                                                                                                                                                                                                                        |

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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |               |               |                  |  |
|-----------------------------------------------|---------------|---------------|------------------|--|
| No. DE PLANILLA:                              | N° 9498597316 | OPERADOR:     | APORTES EN LINEA |  |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO     |  |
| SALUD:                                        | SALUD TOTAL   | 2026/02/11    | \$ 218.900       |  |
| PENSIÓN:                                      | PROTECCION    | 2026/02/11    | \$ 280.200       |  |
| RIESGOS LABORALES:                            | SURA          | 2026/02/11    | \$ 42.700        |  |
| OTRO                                          |               |               |                  |  |
| TOTAL PAGADO                                  |               |               | \$ 541.800       |  |

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><i>ADRIANA STELLA SANABRIA MARTINEZ</i><br/><i>PS_2593_2026_B986D5</i></div> <div><b>ADRIANA STELLA SANABRIA MARTINEZ</b><br/><b>CC: 52285250</b></div> |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA                                                                         | <div><i>MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ</i><br/><i>PS_2593_2026_B986D5</i></div> <div><b>MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ</b><br/><b>SUPERVISOR ALTERNO</b></div>  |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO | <div><i>NATALY DUQUE SALAZAR</i><br/><i>PS_2593_2026_B986D5</i></div> <div><b>NATALY DUQUE SALAZAR</b><br/><b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></div>             |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                  |                 |                    |                   |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|----------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                     | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección         | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52285250                   |    | SANABRIA MARTINEZ ADRIANA STELLA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | KR 44 # 77 37 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3112587311 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |  |            |          |            |            |                 |           |
|-----------------------------------|---------|------------|--|------------|----------|------------|------------|-----------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                 |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco           | Valor     |
| 2026-01                           | 2026-01 | 1000001366 |  | 9498597316 | I        | 2026/02/12 | 2026/02/11 | BANCO DE BOGOTA | \$541,800 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |          |                  |        |             |             |           |        |             |             |           |      |     |        |         |       |             |             |              |     |        |     |
|--------------------------------------------------|----------------|----------|------------------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|-------|-------------|-------------|--------------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO                                         |                |          | PENSION          |        |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |       |             |             | PARAFISCALES |     |        |     |
| No.                                              | Identificación | Nombres  | Codigo           | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias  | IBC         | Aporte      | Dias         | IBC | Aporte |     |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |          |                  |        | \$1,750,905 | \$280,200   |           |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,750,905 | \$42,700    |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |          |                  |        | \$1,750,905 | \$280,200   |           |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,750,905 | \$42,700    |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |          |                  |        | \$1,750,905 | \$280,200   |           |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,750,905 | \$42,700    |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                                | CC             | 52285250 | SANABRIA ADRIANA | 230201 | 30          | \$1,750,905 | \$280,200 | EPS002 | 30          | \$1,750,905 | \$218,900 |      | 0   | \$0    | \$0     | 14-11 | 30          | \$1,750,905 | \$42,700     | 0   | \$0    | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |          |                  |        | \$1,750,905 | \$280,200   |           |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,750,905 | \$42,700    |              | \$0 | \$0    |     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                  |                 |                    |                   |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|----------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                     | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion         | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52285250                   |    | SANABRIA MARTINEZ ADRIANA STELLA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | KR 44 # 77 37 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3112587311 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |                 |           |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-----------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago            |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco           | Dias Mora | Valor     |
| 2026-01                           | 2026-01 | 1000001366 | 9498597316 | I        | 2026/02/12 | 2026/02/11 | BANCO DE BOGOTA | 0         | \$541,800 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$280,200        | \$0            | \$0                    | \$280,200        |  |
| PROTECCION               | 230201 | 800,229,739 | 0  | 1         | \$280,200        | \$0            | \$0                    | \$280,200        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$42,700         | \$0            | \$0                    | \$42,700         |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$42,700         | \$0            | \$0                    | \$42,700         |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$218,900        | \$0            | \$0                    | \$218,900        |  |
| SALUD TOTAL              | EPS002 | 800,130,907 | 4  | 1         | \$218,900        | \$0            | \$0                    | \$218,900        |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$541,800</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$541,800</b> |  |