

|                                                       |                              |                                                  |         |              |                  |
|-------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|------------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                 |                              |                                                  |         |              |                  |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)               |                              |                                                  |         |              |                  |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                  | FLOR MARINA GUTIERREZ MUÑOZ  |                                                  |         | CC:          | 1192925778       |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                   | FLORMGUTIERREZ807@GMAIL.COM  |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3134742448       |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                  | KR 61F 51B 25 SUR            |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA           |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                              | BANCO DAVIVIENDA S.A.        | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 0550004800530612 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO |                              |                                                  |         |              |                  |
| N° DEL CONTRATO:                                      | PS 3394 2026                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 2.352.000 |                  |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                              | 2026/03/02                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/06/30   |                  |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                              | DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31 |                                                  |         |              |                  |



FLOR MARINA GUTIERREZ MUÑOZ  
PS\_3394\_2026\_133749

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
FLOR MARINA GUTIERREZ MUÑOZ  
CC: 1192925778  
CEL: 3134742448

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
FLOR MARINA GUTIERREZ MUÑOZ

CON C.C N°1.192.925.778

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 SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 3394 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/03/02

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$6.835.500No. HORAS EJECUTADAS192

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$8.379.000VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.352.000

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASCUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:NATALY DUQUE SALAZAR

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.RECIBIR Y ENTREGAR TURNO INFORMANDO PENDIENTES Y NOVEDADES DE PACIENTES DE LOS SERVICIOS ASIGNADOS, TRAMITES EN GESTION, ASI MISMO ENTREGANDO INVENTARIO DE ELEMENTOS ASIGNADOS. 2. TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOS SERVICIOS, VERIFICANDO LA DISPONIBILIDAD DE LA CAMA, CONDICIONES DE SEGURIDAD E INTEGRIDAD DEL PACIENTE (BARANDAS ARRIBA, OXIGENO, PROTEGIENDO AL PACIENTE DEL FRIO, Y CUIDADO DE SU INTIMIDAD) 3. TRASLADAR LAS MUESTRAS BIOLOGICAS AL LABORATORIO CLINICO, DE FORMA OPORTUNA Y CON LAS CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD Y CONSERVACION ADECUADAS. 4. TRAMITAR LA FACTURACION DE ORDENES DE SERVICIO EN FORMA OPORTUNA (LABORATORIOS, ECOGRAFIAS, RAYOS X, ETC.). 5. TRASLADAR LOS EQUIPOS MENORES, VELANDO POR LA INTEGRIDAD Y SEGURIDAD DE LOS MISMOS. 6. TRASLADAR INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS DESDE FARMACIA AL SERVICIO DE ACUERDO A LA NECESIDAD DEL SERVICIO. 7. RESPONDER POR EL INVENTARIO QUE SE LE HA ASIGNADO, UTILIZANDO ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS SUMINISTRADOS PARA LLEVAR A CABO SU ACTIVIDAD. 8. REALIZAR LA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS EQUIPOS ASIGNADOS, DE ACUERDO AL MANUAL. 9. ASUMIR DE FORMA RESPONSABLE Y RESPETUOSA LA RELACION LABORAL CON COMPAÑEROS. 10. CONSERVAR, MANTENER Y GARANTIZAR LA RESERVA LEGAL DE LA HISTORIA CLINICA. 11. ASISTIR A LAS REUNIONES DEL GRUPO FUNCIONAL Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD, CONFORME A SUS ACTIVIDADES. 13. INFORMAR DAÑOS DE EQUIPOS O ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL TRASLADO DE PACIENTES. 15. TRASLADAR LOS PACIENTES FALLECIDOS A LA MORGUE Y UBICARLOS EN LA NEVERA DESTINADA PARA TAL FIN CONSERVANDO EL CUIDADO E INTEGRIDAD DEL PACIENTE. 16. REALIZAR TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOS DIFERENTES EXAMENES Y VALORACIONES REQUERIDAS, EN FORMA OPORTUNA Y SEGURA. 19. OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA. 20. PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE CODIGO ROJO, CODIGO AZUL, RUTAS DE ATENCION Y DEMAS ATENCIONES DONDE SE REQUIERA. 21. CUMPLIR CON EL PROTOCOLO DE GESTION DE HEMOCOMPONENTES DE ACUERDO A SU PERFIL. 22. EJERCER LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO. 23. PORTAR EL CARNET DE IDENTIFICACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE Y USAR EL UNIFORME ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.24. CUMPLIR CON EL DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA OPORTUNA HOJA DE RUTA. 25 DAR CUMPLIMIENTO A GUIAS Y PROTOCOLOS DE PREVENCION DE INFECCIONES Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. 26 CUMPLIR CON PROTOCOLOS INSTITUCIONES DONDE SE INCLUYE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, TRASLADO DE PACIENTE, SUJECION TERAPEUTICA. 27. ATENDER 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |               |               |              |  |
|-----------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|--|
| No. DE PLANILLA:                              | N° 1081428460 | OPERADOR:     | SIMPLE       |  |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |  |
| SALUD:                                        | SALUD TOTAL   | 2026/05/15    | \$ 218.900   |  |
| PENSIÓN:                                      | COLPENSIONES  | 2026/05/15    | \$ 280.200   |  |
| RIESGOS LABORALES:                            | SURA          | 2026/05/15    | \$ 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><div>FLOR MARINA GUTIERREZ MUÑOZ<br/>PS_3394_2026_133749</div></div> <div>FLOR MARINA GUTIERREZ MUÑOZ<br/>CC: 1192925778</div>        |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA                                                                         | <div><div>MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ<br/>PS_3394_2026_133749</div></div> <div>MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ<br/>SUPERVISOR ALTERNO</div> |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO | <div><div>NATALY DUQUE SALAZAR<br/>PS_3394_2026_133749</div></div> <div>NATALY DUQUE SALAZAR<br/>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>            |