

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                  |         |              |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                  |         |              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                                                  |         |              |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                    | GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI    |                                                  |         | CC:          | 1129515388   |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                     | GRETTPEREZCASSIANY@GMAIL.COM |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3187129489   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                    | KR 72B 22A 85                |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                | BANCO DAVIVIENDA S.A.        | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 488418907025 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                  |         |              |              |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                        | PS 4000 2026                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 4.769.037 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                | 2026/05/08                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/06/30   |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                | DEL 2026/05/14 AL 2026/05/31 |                                                  |         |              |              |
| <div><div>GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI<br/>PS_4000_2026_E17B29</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI<br/>CC: 1129515388<br/>CEL: 3187129489</div> |                              |                                                  |         |              |              |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI

CON C.C N°1.129.515.388

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 24 04 2025. |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |               |                                           |              |
|-------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 4000 2026  | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2026/05/08   |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$ 6.000.019  | No. HORAS EJECUTADAS                      | 117          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$ 13.500.043 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 4.769.037 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | DOS (2) MESES |                                           |              |

|                                               |                                |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SANTA CLARA           |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                        | LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ |

| 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 REALIZA LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD                                                                  |
| 2    | SE PARTICIPA DE MANERA INDELEGABLE EN CAPACITACIONES, ASISTENCIAS TÉCNICAS, COMITÉS CLÍNICOS, REUNIONES DE SEGUIMIENTO, JORNADAS DE CAPACITACIÓN                                                                                                                         |
| 3    | SE APOYA TÉCNICA Y OPERATIVAMENTE LOS ESPACIOS INSTITUCIONALES Y PROCESOS FORMATIVOS CUANDO SEA REQUERIDO POR LA COORDINACIÓN                                                                                                                                            |
| 4    | SE VERIFICAN QUE LOS USUARIOS A INTERVENIR SE ENCUENTREN CARACTERIZADOS EN EL APLICATIVO GTAPS Y REALIZAR LA ATENCIÓN MÉDICA EN LAS MODALIDADES INTRAMURAL Y EXTRAMURAL, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LOS EBS, SE VERIFICAN ATENDIENDO 4 PACIENTES EXTRAMURAL |
| 5    | SE REALIZAR LA VALORACIÓN MÉDICA INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ASIGNADA                                                                                                                                                                                                       |
| 6    | SE EJECUTAN ATENCIONES MÉDICAS INDIVIDUALES CONFORME A LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018                                                                                                                                                                                        |
| 7    | SE GARANTIZAN EL REGISTRO COMPLETO, OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA, INCLUYENDO ANAMNESIS, ANTECEDENTES, REVISIÓN POR SISTEMAS, EVALUACIÓN                                                                                                                 |
| 8    | SE ELABORAN, CONCERTAR Y REGISTRAR EL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO INDIVIDUAL Y FAMILIAR,                                                                                                                                                                                    |
| 9    | SE VERIFICAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ATENCIONES OBLIGATORIAS DEFINIDAS EN EL CURSO DE VIDA DE LOS USUARIOS                                                                                                                                                                |
| 10   | SE IDENTIFICAN Y PRIORIZAN LA CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LAS FAMILIAS (ALTA, MEDIA O BAJA),                                                                                                                                                                                |
| 11   | SE ORDENAN EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO CON LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA VIGENTES Y ARTICULAR CON EL EQUIPO CORRESPONDIENTE EL AGENDAMIENTO DE CITAS                                                                                                                |
| 12   | SE PARTICIPA EN PROCESOS DE TELEASISTENCIA CON MÉDICO FAMILIAR, INTERNISTA O PSIQUIATRÍA DE LA SUBRED                                                                                                                                                                    |
| 13   | SE REALIZA CONTROLES MÉDICOS A GESTANTES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA                                                                                                                                                                                                  |
| 14   | SE REALIZAR EL CONTROL Y SEGUIMIENTO CLÍNICO A LA POBLACIÓN QUE SEA DESIGNADA POR LA SUPERVISIÓN                                                                                                                                                                         |
| 15   | SE ESTA ATENTO A PARTICIPAR Y REALIZAR VALORACIONES MÉDICAS INTEGRALES EN JORNADAS DE SALUD, BRIGADAS O ACTIVIDADES COMUNITARIAS PROGRAMADAS                                                                                                                             |
| 16   | SE REALIZA E IDENTIFICA OPORTUNAMENTE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, VIOLENCIA, CONDUCTA SUICIDA U OTROS RIESGOS, DILIGENCIANDO Y REMITIENDO LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN                                                                                            |
| 17   | SE DILIGENCIA DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA Y CON CALIDAD DEL DATO LOS FORMATOS DE CANALIZACIÓN                                                                                                                                                                           |
| 18   | SE IDENTIFICA N LA POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA CON LOS CRITERIOS PARA LA AFILIACIÓN                                                                                                                                                                           |
| 19   | SE PROGRAMA, EJECUTA Y REGISTRAR LOS SEGUIMIENTOS MÉDICOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR                                                                                                                                                                                |
| 20   | SE REALIZAN Y REGISTRAR LOS TAMIZAJES, ESCALAS E INSTRUMENTOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN                                                                                                                                                                                 |

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 (2026-05-14) AL (2026-05-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |           |               |              |
|-----------------------------------------------|-----------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:                              | Nº        | OPERADOR:     |              |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD   | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                        | SANITAS   |               | \$ 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                                                                | <div><div>GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI<br/>PS_4000_2026_E17B29</div></div> <div>GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI<br/>CC: 1129515388</div>                    |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO | <div><div>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ<br/>PS_4000_2026_E17B29</div></div> <div>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ<br/>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div> |