

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                                                  |         |              |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                                                  |         |              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)                                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                  |         |              |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                            | MARCELA TRIVIÑO CORTES       |                                                  |         | CC:          | 52732383     |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                             | SOULTC_33@HOTMAIL.COM        |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3133839089   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                            | KR 12BIS 25 06               |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                        | BANCO DAVIVIENDA S.A.        | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 002170093443 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                           |                              |                                                  |         |              |              |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                | PS 3669 2026                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 2.873.100 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                        | 2026/04/01                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/07/31   |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                        | DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30 |                                                  |         |              |              |
| <div><div>MARCELA TRIVIÑO CORTES<br/>PS_3669_2026_AFB0B8</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>MARCELA TRIVIÑO CORTES<br/>CC: 52732383<br/>CEL: 3133839089</div> |                              |                                                  |         |              |              |

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

MARCELA TRIVIÑO CORTES

CON C.C N°

52.732.383

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 711 24 04 2025. |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |              |                       |            |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 3669 2026 | FECHA INICIO CONTRATO | 2026/04/01 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |              |                      |   |
|----------------------------|--------------|----------------------|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 2.873.100 | No. HORAS EJECUTADAS | 0 |
|----------------------------|--------------|----------------------|---|

|                                              |               |                                           |              |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 11.492.400 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.873.100 |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|

|                                         |                  |
|-----------------------------------------|------------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | CUATRO (4) 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  | realizar seguimiento al estricto cumplimiento de la documentacion del personal a vincularse con la entidad siguiendo los parametros de la lista de chequeo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 2  | apoyar en la planeacion para promover la correcta ejecucion de los contratos de prestacion de servicios de las direcciones misionales asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 3  | apoyar a los supervisores para el cumplimiento y ejecucion de actividades y recursos de las ordenes de prestacion de servicios asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 4  | . validar matriz de adiciones y prorrogas de contratacion de personal asistencial y administrativa (ops) de las diferentes unidades de la subred centro oriente ese.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 5  | apoyar en la validacion de formatos de adicion y prorroga de contratacion de personal asistencial y administrativa (ops) de las diferentes unidades de la subred centro oriente ese y gestionar su radicacion a la direccion de contratacion.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 6  | atender las necesidades administrativas que se presenten por cualquier eventualidad de las diferentes unidades y dar aviso a la direccion y/o subgerencia de la subred que corresponda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 7  | . participar activamente en comites                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 8  | informar al supervisor del contrato cualquier novedad que se presente en el cumplimiento de las actividades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 9  | Prestar servicios con calidad, oportunidad y eficiencia en el desarrollo de las actividades administrativas requeridas para la implementación y operación del proyecto Equipos Básicos en Salud (EBS), de conformidad con la Resolución 00000711 de 2025 y los lineamientos técnico-operativos vigentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 10 | Elaborar, organizar y mantener actualizadas las actas de reunión, listados de asistencia, comunicaciones y demás documentos administrativos derivados de la ejecución de la resolución y los lineamientos del proyecto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 11 | Apoyar la consolidación y organización de la información requerida para informes técnicos, administrativos y financieros, así como para los reportes solicitados por la supervisión del contrato, la Subred Integrada de Servicios de Salud y la Secretaría Distrital de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 12 | Realizar el cargue oportuno de la cuenta de cobro en el aplicativo o sistema de información definido por la Subred, dentro de los tiempos establecidos para tal fin, adjuntando la totalidad de los soportes requeridos para la verificación del cumplimiento contractual. El incumplimiento en el cargue oportuno de la cuenta de cobro, la falta de soportes o el cargue incompleto de la información podrá generar retrasos en el trámite de revisión, validación y pago de los honorarios, así como la no certificación de cumplimiento del periodo correspondiente, conforme a la verificación realizada por el supervisor del contrato. |

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |               |              |
| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                  |               |              |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                                                                                            | N° 90007028                                                                                                                                                                                                                                      | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                          | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | COMPENSAR                                                                                                                                                                                                                                        | 2026/07/02    | \$ 218.900   |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PORVENIR                                                                                                                                                                                                                                         | 2026/07/02    | \$ 280.200   |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SEGUROS BOLIVAR                                                                                                                                                                                                                                  | 2026/07/02    | \$ 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>MARCELA TRIVIÑO CORTES</div><div>PS_3669_2026_AFB0B8</div><div>MARCELA TRIVIÑO CORTES</div><div>CC: 52732383</div></div>                              |               |              |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                               | <div><div>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</div><div>PS_3669_2026_AFB0B8</div><div>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div> |               |              |