

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                  |         |              |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                  |         |              |            |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                                                  |         |              |            |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                    | LAURA GISSELA ARIZA MARIN    |                                                  |         | CC:          | 1026595840 |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                     | ARIZALaura483@gmail.com      |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3102110439 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                    | KR 24 8 48                   |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA     |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                | BANCO AV VILLAS              | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 056883015  |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                  |         |              |            |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                        | PS 2747 2026                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 6.226.865 |            |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                | 2026/02/01                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/05/31   |            |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                | DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30 |                                                  |         |              |            |
| <div><div>LAURA GISSELA ARIZA MARIN<br/>PS_2747_2026_698EC1</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>LAURA GISSELA ARIZA MARIN<br/>CC: 1026595840<br/>CEL: 3102110439</div> |                              |                                                  |         |              |            |

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

LAURA GISSELA ARIZA MARIN

CON C.C N°

1.026.595.840

|                      |                                                                                                                                                                              |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |              |                       |            |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 2747 2026 | FECHA INICIO CONTRATO | 2026/02/01 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |               |                      |   |
|----------------------------|---------------|----------------------|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 24.907.460 | No. HORAS EJECUTADAS | 0 |
|----------------------------|---------------|----------------------|---|

|                                              |               |                                           |              |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 24.907.460 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 6.226.865 |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|

|                                         |                    |
|-----------------------------------------|--------------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | CUATRO ( 4 ) MESES |
|-----------------------------------------|--------------------|

|                                               |                      |
|-----------------------------------------------|----------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SANTA CLARA |
|-----------------------------------------------|----------------------|

|                        |                              |
|------------------------|------------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER |
|------------------------|------------------------------|

|      |                                                                                                                                                                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 recibieron 15 planes de mejoramiento de las auditorías externas e internas a los cuales se realizó revisión, solicitud de aprobación, cargue en SGI Almera y notificación al proceso responsable para el inicio de su ejecución.                 |
| 2 | Se realizó seguimiento a las acciones de mejora por proceso responsable, notificando a cada responsable del cierre de las acciones que se encontraban vencidas.                                                                                     |
| 3 | Se gestionó la formulación del plan de mejoramiento derivado de la auditoría de marzo al subproceso de Seguridad del Paciente, la cual dejó un total de 52 hallazgos. De estos, se efectuó la homologación por correlación técnica de 27 hallazgos. |
| 4 | Se realizó la gestión para la identificación de Hallazgos, formulación, aprobación del plan de mejoramiento producto de las auditorias de la Superintendencia Nacional de Salud.                                                                    |
| 5 | Se realizó acompañamiento a los procesos y subprocesos acerca de la formulación y ejecución de los planes de mejoramiento.                                                                                                                          |
| 6 | Se gestionó la formulación, aprobación y cargue en Almera de 12 planes de mejoramiento derivados de las auditorias de seguimiento de Secretaria Distrital de Salud al ciclo de auditoría (enero - febrero) GSP PSPIC.                               |
| 7 | Se realizó acompañamiento al desarrollo de la priorización de oportunidades de mejora y formulación del plan de mejoramiento correspondiente al EPM Consulta externa                                                                                |
| 8 | Se apoya al Subproceso de Habilitación con la verificación en las Unidades de servicios de salud de Horarios, Capacidad Instalada y Señalización de los servicios de imágenes diagnosticas.                                                         |

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

|                   |               |               |                  |
|-------------------|---------------|---------------|------------------|
| No. DE PLANILLA:  | N° 9501950169 | OPERADOR:     | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO     |
| SALUD:            | NUEVA EPS     | 2026/04/13    | \$ 311.340       |
| PENSIÓN:          | PROTECCION    | 2026/04/13    | \$ 398.515       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                          |            |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SEGUROS BOLIVAR                                                                                                                                                                                                          | 2026/04/13 | \$ 60.673  |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                          |            |            |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                          |            | \$ 770.528 |
| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                          |            |            |
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.<br>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)<br>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>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>LAURA GISSELA ARIZA MARIN<br/>PS_2747_2026_698EC1</div><hr/>LAURA GISSELA ARIZA MARIN<br/>CC: 1026595840</div>                |            |            |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div><div>MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER<br/>PS_2747_2026_698EC1</div><hr/>MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER<br/>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div> |            |            |