

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               |                                                  |         |              |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                                  |         |              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                                                  |         |              |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                      | WILMER FERNEY BERMUDEZ PULIDO |                                                  |         | CC:          | 1022924123   |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                       | WILMERFERNEY172@GMAIL.COM     |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3193347925   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                      | KR 90 BIS 73A 57 IN 1A AP 503 |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                                  | BANCO DAVIVIENDA S.A.         | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 004870358472 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                                  |         |              |              |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                          | PS 3123 2026                  | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 6.226.865 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2026/02/01                    | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/07/31   |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                                  | DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30  |                                                  |         |              |              |
| <div><div><div>WILMER FERNEY BERMUDEZ PULIDO<br/>PS_3123_2026_963BA6</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>WILMER FERNEY BERMUDEZ PULIDO<br/>CC: 1022924123<br/>CEL: 3193347925</div></div> |                               |                                                  |         |              |              |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
WILMER FERNEY BERMUDEZ PULIDO

CON C.C N°1.022.924.123

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

|                                                       |              |                       |            |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 3123 2026 | FECHA INICIO CONTRATO | 2026/02/01 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

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

|                                              |              |                                           |             |
|----------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|-------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$37.361.190 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$6.226.865 |
|----------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|-------------|

|                                         |                |
|-----------------------------------------|----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | SEIS (6) MESES |
|-----------------------------------------|----------------|

|                                               |                                 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|

|                        |                                |
|------------------------|--------------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO |
|------------------------|--------------------------------|

| 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 Informe sivicof cuenta JUNIO 2026 formulario contratacion                                                                                                                                                |
| 2    | Construccion de bases de datos minutas necesidades para tramite adiciones y prorrogas secop II                                                                                                                      |
| 3    | Apoyo de gestión documental, para dar respuesta solicitudes de información por medio de la plataforma AGILSALUD                                                                                                     |
| 4    | Se realiza Informe COSTOS chip anual                                                                                                                                                                                |
| 5    | se realiza actualización matriz de contratación OPS 2025 Y 2026 con contratos nuevos adiciones prorrogas                                                                                                            |
| 6    | se realiza el envío de 3613 registros presupuestales a la dirección financiera.                                                                                                                                     |
| 7    | se realizan 42 terminaciones anticipadas de contrato                                                                                                                                                                |
| 8    | se realiza revision de formatos de solicitud de adiciones y porrogas y demas modificaciones allegadas a la Direccion de contratacion                                                                                |
| 9    | Se realiza Informe Sideap JUNIO 2026                                                                                                                                                                                |
| 10   | se da respuesta a los requerimientos solicitados a la Direccion de contratacion entre los cuales se encuentra ( PQRS, Respuestas de informacion a juzgados y proposiciones)                                         |
| 11   | se realizan 8 suspensiones de contrato                                                                                                                                                                              |
| 12   | se validan 125 disponibilidades presupuestales y su ejecución presupuestal para la elaboración de 3613 contratos nuevos, y adiciones y prorrogas de las áreas asistencial y administrativo                          |
| 13   | se realizan 6 reactivaciones de 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 **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** 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° 85240673 | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD     | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:            | FAMISANAR   | 2026/06/12    | \$ 313.000   |
| PENSIÓN:          | PROTECCION  | 2026/06/12    | \$ 400.700   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                |            |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SURA                                                                                                                                                                                                                                           | 2026/06/12 | \$ 61.100  |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                |            |            |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                |            | \$ 774.800 |
| 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>WILMER FERNEY BERMUDEZ PULIDO</div><div>PS_3123_2026_963BA6</div><div>WILMER FERNEY BERMUDEZ PULIDO</div><div>CC: 1022924123</div></div>            |            |            |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                               | <div><div>CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO</div><div>PS_3123_2026_963BA6</div><div>CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div> |            |            |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                  |                   |              |                           |                                           |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------|--------------|---------------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                 | DIRECCIÓN         | TELÉFONO     | CORREO                    | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                  | 1022924123        | WILMER FERNEY BERMUDEZ<br>PULIDO | Kr 90 bis 73 a 57 | 3193347925   | wbermudezpulido@gmail.com |                                           |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                  | CÓDIGO            | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO        |                                           |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                  |                   | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.              |                                           |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                      |                 |                             |                    |              |
|----------------------|--------------------------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DÍA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                      | 85240673        | 12/06/2026                  | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                      | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA                | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                              | I               | \$2,490,746                 | \$789.900          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS017        | Famisanar EPS | 830003564-7 | 311.400                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 7         | 1.600                 | 0              | 313.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |                               |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 398.600                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 7         | 2.100                 | 0              | 400.700       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 60.700                 |                  |       |                        | 60.700                | 7         | 400                   | 61.100              |                            |                     | 607               | 61.100        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 15.000       | 7         | 100               | 15.100        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 7         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 7         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 311.400                             | 313.000       |
| PenSIón                | 1                              | 398.600                             | 400.700       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 60.700                              | 61.100        |
| CCF                    | 1                              | 15.000                              | 15.100        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 785.700                             | 789.900       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                   |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1022924123        | WILMER FERNEY BERMUDEZ PULIDO |        | Kr 90 bis 73 a 57 | 3193347925         | wbermudezpulido@gmail.com           |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                               |        | BOGOTÁ D. C.      | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                               |        |                   |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                               |        |                   |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 85240673        | 12/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | I               | \$2,490,746              | \$789.900          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                       |                                  |  |           |         |            |                  |                       |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |            |             |           |      |            |                        |                         |                                      |                                       |          |           |      |                           |              |           |      |                 |            |               |           |      |               |                           |                |                |                |               |
|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--|-----------|---------|------------|------------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|------|---------------------------|--------------|-----------|------|-----------------|------------|---------------|-----------|------|---------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                       |                                  |  |           |         |            |                  | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     |            | SALUD       |           |      |            | RIESGOS LABORALES      |                         |                                      |                                       | CCF      |           |      |                           | PARAFISCALES |           |      |                 |            |               |           |      |               |                           |                |                |                |               |
| No.                   | Tipo y<br>Número de<br>Identificación | Apellidos y Nombres              |  | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Columna exterior | Exonerado             | INA | RET | TDE | TAE | TOP | TAP | VSP | SEN     | ICE | LMA | VAC | AVP | VOT | IRL | CORRECCION | Cód.<br>AFP | IBC AFP   | Días | Cotización | Voluntario<br>Afiliado | Voluntario<br>Aportante | Fondo<br>pensional de<br>solidaridad | Fondo<br>pensional de<br>subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización /<br>Valor UPC | Cód. ARL     | IBC ARL   | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código<br>CCF | IBC CCF   | Días | Aporte<br>CCF | IBC otros<br>parafiscales | Aporte<br>SENA | Aporte<br>ICBF | Aporte<br>ESAP | Aporte<br>MEN |
| 1                     | CC<br>1022924123                      | BERMUDEZ PULIDO WILMER<br>FERNEY |  | 59        | 0       |            |                  | N                     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |            | 230201      | 2.490.746 | 30   | 398.600    | 0                      | 0                       | 0                                    | 0                                     | EPS017   | 2.490.746 | 30   | 311.400                   | 14-11        | 2.490.746 | 30   | 3               | 60.700     | CCF24         | 2.490.746 | 30   | 15.000        | 0                         | 0              | 0              | 0              | 0             |