

| DATOS DEL CONTRATISTA                                 |                               |                                                  |         |            |             |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|---------|------------|-------------|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)               |                               |                                                  |         |            |             |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                  | CAROL ADRIANA GONZALEZ RIVERA |                                                  |         | CC:        | 52728418    |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                   | carol.gonzalez94@yahoo.com    |                                                  |         | TELÉFONO:  | SIN DATO    |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                  | CRA 64B 57B 91 SUR            |                                                  |         | CIUDAD:    | BOGOTA      |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                              | BANCOLOMBIA                   | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | Nº CUENTA: | 22317647496 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO |                               |                                                  |         |            |             |
| Nº DEL CONTRATO:                                      | PS 2915 2026                  | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         |            | \$ 2.515.   |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                              | 2026/02/01                    | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         |            | 2026/07/31  |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                              | DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31  |                                                  |         |            |             |



CAROL ADRIANA GONZALEZ RIVERA  
PS\_2915\_2026\_552A18

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
CAROL ADRIANA GONZALEZ RIVERA  
CC: 52728418  
CEL: SIN DATO

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

CAROL ADRIANA GONZALEZ RIVERA

CON C.C N°

52.728.418

|                      |                                                                                                                                                                                         |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |                |                                           |            |
|-------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 2915 2026   | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2026/02/01 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$ 9.746.400   | No. HORAS EJECUTADAS                      | 192        |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$ 14.855.400  | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.515.2 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | SEIS (6) MESES |                                           |            |

|                                               |                                |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SAN BLAS              |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                        | DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS |

| 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    | REALICÉ EL RECIBO Y LA ENTREGA DE TURNO SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE LA ENTIDAD, INFORMANDO CUALQUIER NOVEDAD AL REFERENTE Y UTILIZANDO LOS REGISTROS ESTABLECIDOS PARA ASEGURAR UNA TRANSICION SEGURA EN LAS ORDENES DE SERVICIO, DEJANDO LAS NOVEDADES REGISTRADAS EN EL LIBRO.                                                                                                                       |
| 2    | REGISTRÉ DE MANERA OPORTUNA, DETALLADA Y CRONOLOGICA EN LA PLATAFORMA DEL SOFTWARE SIRC TODAS LAS SOLICITUDES Y NOVEDADES RELACIONADAS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS DIFERENTES HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED CENTRO ORIENTE.                                                                                                                                             |
| 3    | FACILITÉ Y DIRECCIONÉ EL TRASLADO DE PACIENTES ENTRE LAS DISTINTAS UNIDADES HOSPITALARIAS, ASI COMO ENTRE INSTITUCIONES DISTRITALES Y NACIONALES QUE INTEGRAN LA RED DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD Y CALIDAD EN LA ATENCION, COORDINAR EFICIENTEMENTE LOS RECURSOS DISPONIBLES, EVALUAR LAS CONDICIONES CLINICAS Y ADMINISTRATIVAS PARTICULARES DE CADA PACIENTE. |
| 4    | GESTIONÉ DE MANERA COORDINADA Y EFICIENTE LAS SOLICITUDES, SEGUIMIENTO Y DOCUMENTACION DE TRASLADOS Y REFERENCIAS DE PACIENTES, GARANTIZANDO SEGURIDAD, OPORTUNIDAD Y COMUNICACION EFECTIVA ENTRE LAS DIFERENTES UNIDADES E INSTITUCIONES DE SALUD.                                                                                                                                                    |
| 5    | GARANTICÉ LA ATENCION EFICIENTE Y SEGURA DE LOS TRASLADOS DE PACIENTES, PRIORIZANDO LOS CASOS URGENTES SEGUN SU CONDICION CLINICA, MEDIANTE LA ADECUADA COORDINACION Y COMUNICACION CON LAS UNIDADES DE ORIGEN Y DESTINO, EL REGISTRO DETALLADO DE LA INFORMACION RELEVANTE Y EL USO RESPONSABLE DE LOS RECURSOS Y CANALES INSTITUCIONALES ESTABLECIDOS.                                               |
| 6    | COMUNIQUE OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER SITUACION QUE PUEDA IMPACTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, CON EL FIN DE PERMITIR LA TOMA DE DECISIONES ADECUADAS Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO.                                                                                                                                         |
| 7    | ASISTÍ Y PARTICIPÉ EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES Y ESPACIOS TECNICO-CIENTIFICOS PROGRAMADOS POR LA ENTIDAD.                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 8    | VELÉ POR EL USO ADECUADO Y RESPONSABLE DEL TELEFONO INSTITUCIONAL ASIGNADO, ASEGURANDOSE DE QUE SEA EMPLEADO EXCLUSIVAMENTE PARA LOS TRAMITES Y COMUNICACIONES OFICIALES RELACIONADAS CON LA GESTION EN LA SISSCO.                                                                                                                                                                                     |
| 9    | REVICÉ EL CORREO INSTITUCIONAL DE MANERA REGULAR, ASEGURANDOSE DE IDENTIFICAR Y GESTIONAR OPORTUNAMENTE LA INFORMACION RELACIONADA CON AUTORIZACIONES Y OTROS TRAMITES PROVENIENTES DE LOS DISTINTOS ACTORES QUE INTERVIENEN EN EL SGSSS.                                                                                                                                                              |
| 10   | COMENTÉ LOS PACIENTES EN TRAMITE DE REMISION PROVENIENTES DE LAS DIVERSAS IPS, EAPB Y ENTES DE CONTROL A NIVEL NACIONAL CON EL LIDER DE GOBIERNO CLINICO O LA PERSONA DESIGNADA SEGUN LA ESPECIALIDAD REQUERIDA, SE DEBE COORDINAR LA RECOLECCION Y ENVIO OPORTUNO DE LA DOCUMENTACION NECESARIA PARA CADA CASO, ASEGURANDO LA INTEGRIDAD DE LA INFORMACION CLINICA Y ADMINISTRATIVA.                  |
| 11   | LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL CARGO QUE SEAN ASIGNADAS 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 **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-07-01) AL (2026-07-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |               |               |              |
|-----------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:                              | N° 1083529728 | OPERADOR:     | SIMPLE       |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                        | SANITAS       | 2026/07/15    | \$ 218.900   |
| PENSIÓN:                                      | COLFONDOS     | 2026/07/15    | \$ 280.200   |
| RIESGOS LABORALES:                            | COLMENA       | 2026/07/15    | \$ 42.700    |
| OTRO                                          |               |               |              |
| TOTAL PAGADO                                  |               |               | \$ 541.800   |

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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, 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>CAROL ADRIANA GONZALEZ RIVERA<br/>PS_2915_2026_552A18</div></div> <div>CAROL ADRIANA GONZALEZ RIVERA<br/>CC: 52728418</div>              |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO | <div><div>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS<br/>PS_2915_2026_552A18</div></div> <div>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS<br/>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div> |