

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                  |         |              |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                  |         |              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                  |         |              |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                        | MARTHA YAMILE VARGAS RAMIREZ |                                                  |         | CC:          | 53006316     |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                         | YAMYS31@HOTMAIL.COM          |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3196870737   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                        | kr 4 nro 1 sur 46            |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                    | BANCO DAVIVIENDA S.A.        | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 488405190106 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                  |         |              |              |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                            | PS 1281 2026                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 2.922.150 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                    | 2026/02/01                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/10/31   |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                    | DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31 |                                                  |         |              |              |
| <div><div>MARTHA YAMILE VARGAS RAMIREZ<br/>PS_1281_2026_49B2B0</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>MARTHA YAMILE VARGAS RAMIREZ<br/>CC: 53006316<br/>CEL: 3196870737</div> |                              |                                                  |         |              |              |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
MARTHA YAMILE VARGAS RAMIREZ

CON C.C N°53.006.316

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

|                                                       |                 |                                           |             |
|-------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------|-------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 1281 2026    | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2026/02/01  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$9.411.600     | No. HORAS EJECUTADAS                      | 231         |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$29.031.750    | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$2.922.150 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | NUEVE (9) MESES |                                           |             |

|                                               |                                           |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SANTA CLARA                      |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                        | MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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    | APOYAR LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO FARMACEUTICO CUMPLIENDO CON EL ADECUADO MANEJO Y CONTROL DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE 2. RECEPCIONAR Y ALMACENAR LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS, REALIZANDO CONTROLES DE CONDICIONES AMBIENTALES Y DE INVENTARIOS MENSUALMENTE EN LAS FARMACIAS Y BODEGAS ASIGNADAS. 3. ENTREGAR LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS, CON EL REGISTRO CORRESPONDIENTE Y LLEVANDO PUNTOS DE CONTROL DEFINIDOS EN LA DOCUMENTACION, VERIFICANDO ESPECIALMENTE CONDICIONES ESPECIALES PARA LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS. 4. APOYAR ACTIVIDADES DE LIMPIEZA Y ORGANIZACION DEL SERVICIO, CONFORME A PROTOCOLOS INSTITUCIONALES. 5. OFRECER UNA ATENCION HUMANA, CALIDA Y DILIGENTE CON TODOS LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO DE FARMACIA. 6. CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTION AMBIENTAL. 7. LLEVAR REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS QUE SE LE ASIGNEN, SEGUN LOS FORMATOS O SISTEMA DE INFORMACION DEL PROCESO, ASI COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES DEFINIDOS POR LA ENTIDAD Y AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO. 8. PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES Y EVENTOS A LOS QUE SEA CONVOCADO. 9. CUMPLIR LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO, NOTIFICANDO LOS CAMBIOS A LA MISMA CON ANTICIPACION DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR LA ENTIDAD Y CON EL OBJETO DEL CONTRATO. 10. CONTROLAR LA ROTACION DE LAS FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS Y DEMOSTRANDO GESTION REALIZADA PARA EVITAR PERDIDAS. 11. INFORMAR AL USUARIO DEL SERVICIO FARMACEUTICO, TENIENDO EN CUENTA LOS CORRECTOS DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS. 12. IMPLEMENTAR LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED. 13. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACION REALIZADA POR EL SUPERVISOR. |
| 2    | se tralizan adicionales de medicamentos de control los dias 3.4.5.6 de agosto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |             |               |              |  |
|-----------------------------------------------|-------------|---------------|--------------|--|
| No. DE PLANILLA:                              | N° 93692963 | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |  |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD     | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |  |
| SALUD:                                        | UNISALUD    | 2026/08/12    | \$ 218.900   |  |
| PENSIÓN:                                      | PORVENIR    | 2026/08/12    | \$ 280.200   |  |
| RIESGOS LABORALES:                            | SURA        | 2026/08/12    | \$ 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>MARTHA YAMILE VARGAS RAMIREZ<br/>PS_1281_2026_49B2B0</div></div> <div>MARTHA YAMILE VARGAS RAMIREZ</div> <div>CC: 53006316</div>                                        |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA                                                                         | <div><div>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA<br/>PS_1281_2026_49B2B0</div></div> <div>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</div> <div>SUPERVISOR ALTERNO</div>                              |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO | <div><div>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO<br/>PS_1281_2026_49B2B0</div></div> <div>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                          |                    |                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|--------------------------|--------------------|---------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO              |
| CC                  | 53006316          | MARTHA YAMILE VARGAS RAMIREZ |        | CALLE 6 SUR #7B -37 CASA | 7898810            | yamys31@hotmail.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 (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 93692963        | 12/08/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-07              | 2026-07                            | I               | \$0                       | \$544.300          |              |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| RES008        | U. Nacional | 899999063-3 | 218.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 6         | 1.000                 | 0              | 219.900       | 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 |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 280.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 6         | 1.300                 | 0              | 281.500       | 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 | 42.700                 |                  |       |                        | 42.700                | 6         | 200                   | 42.900              |                            |                     | 427               | 42.900        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 6         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 6         | 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                              | 218.900                             | 219.900       |
| Pensión                | 1                              | 280.200                             | 281.500       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 42.700                              | 42.900        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 541.800                             | 544.300       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                          |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 53006316          | MARTHA YAMILE VARGAS RAMIREZ |        | CALLE 6 SUR #7B -37 CASA | 7898810            | yamys31@hotmail.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 |
|                      |                                   | 93692963        | 12/08/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-07              | 2026-07                           | I               | \$0                      | \$544.300          |              |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                              | INFORMACIÓN NOVEDADES |       |            |                 |          |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     | SALUD |     |     |     | RIESGOS LABORALES |           |      |            | CCF                 |                      |                                |                                 | PARAFISCALES |           |      |                        |          |           |      |                 |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------|-------|------------|-----------------|----------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------------------|-----------|------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------|------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres          | Cotizante             | Salud | Extranjero | Colom. exterior | Exonente | INS | RET | TDE | TAE | TAP | TAP     | TAP | TAP | TAP | TAP   | TAP | TAP | TAP | Cód. AFP          | IBC AFP   | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS     | IBC EPS   | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC 53006316                     | VARGAS RAMIREZ MARTHA YAMILE | 59                    | 0     |            |                 | N        |     |     |     |     |     |         |     |     |     |       |     |     |     | 230301            | 1.750.905 | 30   | 280.200    | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | RES008       | 1.750.905 | 30   | 218.900                | 14-11    | 1.750.905 | 30   | 3               | 42.700     | 0          | 0       | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |