

| DATOS DEL CONTRATISTA                                          |                                     |                                |            |            |              |                                                            |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|------------|------------|--------------|------------------------------------------------------------|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)                        |                                     |                                |            |            |              |                                                            |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                           | ELAINE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ |                                |            | CC:        | 1026254763   |                                                            |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                            | ALEJAES1026@GMAIL.COM               |                                |            | TELÉFONO:  | 3165454470   |                                                            |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                           | calle 5 a no 68f-36 apto 101        |                                |            | CIUDAD:    | BOGOTA       |                                                            |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                       | BANCO DAVIVIENDA S.A.               | TIPO DE CUENTA:                | AHORROS    | N° CUENTA: | 488412990514 |                                                            |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO          |                                     |                                |            |            |              |                                                            |
| N° DEL CONTRATO:                                               | PS 1173 2025                        | N° CDP:                        | 2518       | N°. RP:    | 0            | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS<br>PRORROGAS: DIEZ (10) MESES |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                       | 2025/01/01                          | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2025/10/31 |            |              |                                                            |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                       | DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30        |                                |            |            |              |                                                            |
| VALOR A PAGAR<br>CORRESPONDIENTE AL PERIODO<br>OBJETO DE COBRO | \$ 6.982.848                        |                                |            |            |              |                                                            |



ELAINE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ  
PS\_1173\_2025\_E53C60

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ELAINE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ

CC: 1026254763

CEL: 3165454470

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                       |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|------------|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                       |            |
| ELAINE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                       |            |
| CON C.C N°                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                           |                                           | 1.026.254.763         |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                               | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.                                       |                                           |                       |            |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                           | PS 1173 2025                              | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/01/01 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                         | \$ 27.931.392                                                                                                                                                                                                             | No. HORAS EJECUTADAS                      | 192                   |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                                       | \$ 69.755.742                                                                                                                                                                                                             | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 6.982.848          |            |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS                                                                                                                                                                                            | DIEZ (10) MESES                                                                                                                                                                                                           |                                           |                       |            |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                           | CARCEL DISTRITAL                          |                       |            |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                           | GUILLERMO RUBIO GUIZA                     |                       |            |
| 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                                                                                                                                                                                                                                  | 4. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                             |                                           |                       |            |
| 2                                                                                                                                                                                                                                  | 8. Se realizan actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS).                                                                                                                           |                                           |                       |            |
| 3                                                                                                                                                                                                                                  | 3. Realizo planes de mejoramiento continuo con el fin de brindar servicios de calidad para los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud.                                            |                                           |                       |            |
| 4                                                                                                                                                                                                                                  | 2. Se diligencio el registro individual de atención en salud (RIPS) de todos los usuarios adecuadamente recogiendo firma de cada uno de los pacientes según el tipo de historia                                           |                                           |                       |            |
| 5                                                                                                                                                                                                                                  | 9. Realizo historia clínica y anexos a todo paciente atendido de acuerdo a la normatividad vigente y las políticas de la Subred entregando la documentación correspondiente.                                              |                                           |                       |            |
| 6                                                                                                                                                                                                                                  | 10. Se realizan las actividades de fortalecimiento y acreditación conforme a los parámetros de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E                                                             |                                           |                       |            |
| 7                                                                                                                                                                                                                                  | 5. Se notifico los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                |                                           |                       |            |
| 8                                                                                                                                                                                                                                  | 6. En cada consulta cumpla con las normas de bioseguridad.                                                                                                                                                                |                                           |                       |            |
| 9                                                                                                                                                                                                                                  | 7. Se notifica según el ente los procesos de gestión y operación de: SIVIGILA y EEVV.                                                                                                                                     |                                           |                       |            |
| 10                                                                                                                                                                                                                                 | 1. Preste mis servicios profesionales como médico, realizando consultas médicas conforme a la normatividad con calidad según las guías y protocolos definidas por la Subred Centro Oriente E.S.E.                         |                                           |                       |            |
| 11                                                                                                                                                                                                                                 | 11. Cumpla de manera oportuna y eficaz las funciones específicas cumpliendo horas y fechas establecidas según cada consulta medica realizada siguiendo los protocolos que se exigen según lo establecido por la subred    |                                           |                       |            |
| III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                       |            |
| SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                       |            |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                               | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS                                                                                                                                                                                                | SI                                        | NO                    |            |
| 1                                                                                                                                                                                                                                  | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?                                                                                                                                                                         | X                                         |                       |            |
| 2                                                                                                                                                                                                                                  | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | X                                         |                       |            |
| 3                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?                                                                      | X                                         |                       |            |
| 4                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?                                        | X                                         |                       |            |
| 5                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?                                                                                                             | X                                         |                       |            |
| Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-09-01) AL (2025-09-30) |                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                       |            |
| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                       |            |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                   | N° 89412639                                                                                                                                                                                                               | OPERADOR:                                 | MI PLANILLA           |            |

| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                             | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | COMPENSAR                                                                                                                                                                                                                           | 2025/09/15    | \$ 349.900   |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | COLPENSIONES                                                                                                                                                                                                                        | 2025/09/15    | \$ 447.900   |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SEGUROS BOLIVAR                                                                                                                                                                                                                     | 2025/09/15    | \$ 0         |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                     |               |              |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                     |               | \$ 797.800   |
| 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>ELAINE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ<br/>PS_1173_2025_E53C60</div><div>ELAINE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ<br/>CC: 1026254763</div></div> |               |              |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div><div>GUILLERMO RUBIO GUIZA<br/>PS_1173_2025_E53C60</div><div>GUILLERMO RUBIO GUIZA<br/>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>                    |               |              |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                     |        |                               |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------|--------|-------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                    |        | DIRECCIÓN                     | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1026254763        | ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ |        | Calle 5 No 68F - 36 APTO: 101 | 3165454470         | alejaes1026@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) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLREADOS    |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-08              | 2025-08                           | I             | 15/09/2025               | 89412639        | 1             |
|                      |                                   |               |                          |                 | 0             |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$797.800     |

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 |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 349.200                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 3         | 700                   | 0              | 349.900       | 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 |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 447.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 3         | 900                   | 0              | 447.900       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|---------------|--------|--|--|--|--|-----|--------------|-----------|-------------------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  |  | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 3         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 3         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 349.200                             | 349.900       |
| Pensión                | 1                              | 447.000                             | 447.900       |
| Riesgos Laborales      | 0                              | 0                                   | 0             |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 2                              | 796.200                             | 797.800       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                     |        |                               |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------|--------|-------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                    |        | DIRECCIÓN                     | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1026254763        | ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ |        | Calle 5 No 68F - 36 APTO: 101 | 3165454470         | alejaes1026@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) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS      |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-08              | 2025-08                           | I             | 15/09/2025               | 89412639        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$797.800     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                     |           |         |           |                  |           |                       |     |     |     |     |     |     |         |      |     |     |     |     |       |     |            |                   |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------------|-----------|---------|-----------|------------------|-----------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|------|-----|-----|-----|-----|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                     |           |         |           |                  |           | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |      |     |     |     |     | SALUD |     |            | RIESGOS LABORALES |           |            | CCF                  |                      |                                | PARAFISCALES                    |          |           |                        |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres                 | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exterior | Exonerado | ING                   | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT     | SILN | IOE | IVA | VAC | AVP | VCT   | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP          | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 1026254763            | ECHEVERRIA SANCHEZ ELIANE ALEJANDRA | 3         | 0       |           | N                |           |                       |     |     |     |     |     |     |         |      |     |     |     |     |       |     |            | 25-14             | 2.793.200 | 447.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 2.793.200 | 349.200                |          | 0       |                 | 0          | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA