Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.010.245.381
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO 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 3088 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.287.120	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.861.360		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3.143.560
Nº DE INFORME:	Nº 5	**Nº CRP:**	7271	**Nº CDP:**	3
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	6 (SEIS) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ		DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	2	**PRORROGAS**	2	
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	629	**CRP DE LA ADICIÓN:**	11096	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 9.430.680	**CDP DE LA ADICIÓN:**	766	**CRP DE LA ADICIÓN:**	12335	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	x
Nº DE PÓLIZA:	123	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			ABC
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**			DD/MM/AAAA

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	SE REALIZA CONSOLIDADO DE PEDIDOS DE LAS DIFERENTES FARMACIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, VERIFICANDO EXISTENCIAS, CONSUMOS PROMEDIOS, Y REALIZANDO REDISTRIBUCIÓN SI FUESE EL CASO.
2	SE REALIZA MONITOREO DIARIO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL DE ENTREGAS EFECTIVAS CON LOS PROVEEDORES Y LOS DIFERENTES ALMACENES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD, NOTIFICANDO MEDICAMENTOS AGOTADOS VIA CORREO ELECTRONICO PARA QUE LOS DIFERENTES QF TOME DECIONES O GENEREN REUNIÓN PARA VERIFICAR ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS SEGUN EL CASO Y NOVEDADES PRESENTADAS.
3	REMITIR CORREOS ELECTRONICOS PARA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS NOTIFICADOS POR LAS DIFERENTES FARMACIAS Y VERIFICANDO CADA CASO.
4	VERIFICACIÓN DE LISTADOS DE PEDIDOS VS ENTREGA POR PARTE DE PROVEEDORES, GENERANDO CORREOS DE FALTANTES A LOS DIFERENTES PROVEEDORES, SE REALIZAN ORDENES DE COMPRA DE MEDICAMENTOS NO SOLICITADOS EN EL PEDIDO MENSUAL O QUE AUMENTO SU CONSUMO.
5	MONITOREO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS POR PARTE PROVEEDORES, ATENCIÓN A LLAMADOS TELEFONICOS Y CORREOS REALIZADOS POR LAS FARMACIAS DE ACUERDO A SUS NECESIDADES.
6	SE ATIENDE LLAMADOS TELEFÓNICOS, CORREOS ELECTRONICOS, MENSAJES DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS POR DIFERENTES MOTIVOS COMO ENTREGAS OPORTUNAS, FALTANTES ETC, DANDO RESPUESTAS A LAS MISMAS A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE VERIFICANDO CONSUMO PROMEDIO, NECESIDAD Y ABASTECIMIENTO EN LA SUBRED.
7	SE REALIZA INDICADORES DE ENTREGAS DE LOS PROVEEDORES, DE ACUERDO A INFORMACIÓN REGISTRADA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DINAMICA GERENCIAL, TENIENDO EN CUENTA ENTREGAS DE PEDIDOS DEL MES POR LOS MISMOS, SE GENERA INDICADOR POA, INFORMACIÓN SDS, INFORMACIÓN DIARIA SEDANTES Y RELAJATES EXISTENCIAS, EXISTENCIAS DE METODOS DE ANTICONCEPCIÓN, REPORTE EXISTENCIA MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA PATOLOGÍA COVI -19 DIARIO.
8	GENERAR INDICADOR DE OPORTUNIDAD DE ENTREGA
9	PARTICIPACIÓN REUNIÓN PREVIAMENTE CITADA
10	NO SE REQUIRIO
11	APLICACIÓN DE LOS CORRESPONDIENTES SUBSISTEMAS DE CADA COMPONENTES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
12	REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN ACORDE CON EL OBJETO DEL CONTRATO
13	REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN ACORDE CON EL OBJETO DEL CONTRATO, EN CUALQUIERQA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO CON LA SUPERVISIÓN.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	86132147	**OPERADOR:**	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	Compensar EPS	12/05/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	Porvenir	12/05/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	12/05/2025	$ 34.700
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		$ 440.500

VI. 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, 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 periodo correspondiente

Laura Amortegui G.
LAURA DEL PILAR AMÓRTEGUI GARCÍA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 1010245381
CEL: 3014444488

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA	**CC:**	1010245381
		RUT (NIT):	N/A
CORREO ELECTRÓNICO:	lauraamorteguig@gmail.com	**TELÉFONO:**	3014444468
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 8 #13-51 sur	**CIUDAD:**	Bogotá

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**0122058206**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	**PS 3088 2025**	**Nº CDP:**	***766***	***Nº. RP:***	**12335**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** **6 (SEIS) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/06/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** **$ 18.861.360**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 3.143.560** **TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE**					

LauraAmorteguiG.

LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCÍA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C 1.010.245.381
cel: 3014444468

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	[redacted]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	[redacted]

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO 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 3088 2025**			**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.287.120,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.861.360,00			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
N° PAGO / N° DE INFORME:	(5 de 5)	**N° CRP INICIAL:**	7271	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	6 (SEIS) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	86132147	**OPERADOR:**	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	SERVICIO FARMACEUTICO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (2)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (2)	PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	629	**RP DE LA ADICIÓN:**	11096	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 9.430.680	**CDP DE LA ADICIÓN:**	829	**RP DE LA ADICIÓN:**	12335	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**		XX

IV. 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 articulo 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 (01/05/2025) AL (31/05/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

Yudi Milena Bocanegra Gonzalez

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ
CARGO:
DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA
PERFIL:
APOYO ADMINISTRATIVO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010245381	LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA	KR 8 NUM 13 51 SUR	3014444468	lauraamorteguig@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86132147	TOTAL A PAGAR	
					$440.500	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	800903780-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

COPIA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información