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 Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2
FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA					
		CON C.C Nº	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**	**No. HORAS EJECUTADAS**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	18.861.360			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 3.143.560,00**
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			

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)
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	APLICACIÓN DE LOS CORRESPONDIENTES SUBSISTEMAS DE CADA COMPONENTES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
11	REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN ACORDE CON EL OBJETO DEL CONTRATO
12	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.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado.?	X	
2	¿El contratista autorizo 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 (01/06/2025) AL (30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**86945777**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	**Compensar EPS**	**11/06/2025**	**$ 178.000**
PENSIÓN:	**Porvenir**	**11/06/2025**	**$ 227.800**
RIESGOS LABORALES:	**ARL SURA**	**11/06/2025**	**$ 34.700**
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 440.500**

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2 - Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, 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.

VI. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)
Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Laura Amórtegui García **LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA** **1010245381** OK
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**ALIX LUCERO SAAVIEDRO TINJACA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Yudi Milena Bocanegra González. **YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-014** **VERSIÓN: 7** **FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA	**CC:**	1010245381
CORREO ELECTRÓNICO:	lauramorteguig@gmail.com	**TELÉFONO:**	3014444468
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 8 #13-51 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTÁ D.C.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento	
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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen 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**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**Nº CUENTA:**	***122058206***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3088 2025**	**VALOR DEL CONTRATO MENSUAL**	**$ 3.143.560**		
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/06/2025	**$**	**18.861.360**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE				
	$ 3.143.560				

Laura Amortegui Garcia

LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA
C.C 1010245381
Cel: 3014444468

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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	86945777	$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	890903790-5	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

PAGADA

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