

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52442328		DIAZ RUBIO ALEJANDRA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 8 este 37-57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112229315	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1844311879	9492094364	I	2025/10/07	2025/10/14	NEQUI	7	\$442,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
1	CC	52442328	DIAZ ALEJANDRA	230201	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS002	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52442328		DIAZ RUBIO ALEJANDRA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 8 este 37-57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112229315	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1844311879	9492094364	I	2025/10/07	2025/10/14	NEQUI	7	\$442,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,000	\$0	\$228,800	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$1,000	\$0	\$228,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$800	\$0	\$178,800	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$800	\$0	\$178,800	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>\$2,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$442,500</b>	

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ALEJANDRA MARIA DIAZ RUBIO		CC:	52442328	
CORREO ELECTRÓNICO:	MR777574@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3112229315	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 8 ESTE 37 50 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	122060889

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5169 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.604.420
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



ALEJANDRA MARIA DIAZ RUBIO  
PS\_5169\_2025\_036160

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ALEJANDRA MARIA DIAZ RUBIO

CC: 52442328

CEL: 3112229315

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

**ALEJANDRA MARIA DIAZ RUBIO**

CON C.C N°

52.442.328

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIO TECNICO 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.
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5169 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/04/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.136.960	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>234</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 14.947.590	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.604.420
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	SEIS (6) MESES
--	----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ
-------------------------------	--------------------------------

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

1	APOYAR LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO FARMACÉUTICO
2	2. RECEPCIONAR Y ALMACENAR LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS
3	3. ENTREGAR LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS
4	4. APOYAR ACTIVIDADES DE LIMPIEZA Y ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE ACUERDO AL CRONOGRAMA FARMACEUTICO
5	5. OFRECER UNA ATENCIÓN HUMANA, CÁLIDA AL PERSONAL
6	6. CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL.
7	7. LLEVAR REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS AL CABO DE LOM PLANILLADO MES TRAS MES
8	8. PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES
9	9. CUMPLIR LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO
10	10. CONTROLAR LA ROTACIÓN DE LAS FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS ( SEMAFORIZAR)
11	1. INFORMAR AL USUARIO DEL SERVICIO FARMACÉUTICO, TENIENDO EN CUENTA LOS CORRECTOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS.
12	12. IMPLEMENTAR LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED. 13. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR.
13	HACE ADICIONALES POR FALTA DE PERSONAL EN EL TURNO DIA

**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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 9492094364	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA
-------------------------	---------------	------------------	------------------

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/10/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/10/14	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	\$ 34.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 440.500




**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 ningún 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>ALEJANDRA MARIA DIAZ RUBIO</i> <i>PS_5169_2025_036160</i></p> <hr/> <p><b>ALEJANDRA MARIA DIAZ RUBIO</b> <b>CC: 52442328</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</i> <i>PS_5169_2025_036160</i></p> <hr/> <p><b>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ</i> <i>PS_5169_2025_036160</i></p> <hr/> <p><b>YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>