

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA			CC:	1010245381
CORREO ELECTRÓNICO:	LAURAMORTEGUIG@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3014444468
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 8 13 51 SUR BL 2 AP 207			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	122058206
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3088 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.143.560	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA PS_3088_2025_823801 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA CC: 1010245381 CEL: 3014444468					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA

CON C.C N° 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	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.287.120	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 34.579.160	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.143.560
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) 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 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato 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 CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO CON LA SUPERVISIÓN.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 91003801	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/12	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 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 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	 LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA PS_3088_2025_823801 LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA CC: 1010245381
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA PS_3088_2025_823801 ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO PS_3088_2025_823801 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91003801	\$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	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				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
						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
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91003801	\$440.500
					TOTAL A PAGAR

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	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	1010245381	AMORTEGUI GARCIA LAURA DEL PILAR	57	0		N																	230301	1.423.500	227.800	0	0		0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA