

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LILIANA ANDREA GUERRERO ROMERO		CC:	52934173	
CORREO ELECTRÓNICO:	andiromero@hotmail.com		TELÉFONO:	3108084135	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 4 ESTE 25 I 38E		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870312057

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3587 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.604.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



LILIANA ANDREA GUERRERO ROMERO
PS_3587_2026_29190D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LILIANA ANDREA GUERRERO ROMERO

CC: 52934173

CEL: 3108084135

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

LILIANA ANDREA GUERRERO ROMERO

CON C.C N°

52.934.173

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS TECNOLOGICOS COMO REGENTE DE FARMACIA 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 3587 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/20
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.249.600	No. HORAS EJECUTADAS	186
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.249.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.604.000
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS DOS (02) MESES Y DOCE (12) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL LA VICTORIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

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	Toma de temperatura diaria en farmacia central, verificación de la toma de temperatura farmacia salas de cirugía.
2	Recepción técnica de pedidos despachados desde el almacén y traslados entre unidades
3	Solicitud del pedido mensual de medicamentos y dispositivos médicos
4	Reporte de Mipres
5	Revisión de carros de paro y reposición de medicamentos y dispositivos médicos.
6	Ingreso al sistema de nutriciones parenterales y cobro a cada uno de los pacientes
7	Solicitud diaria de aire medicinal y recepción técnica
8	Verificación de fórmulas de medicamentos de control especial
9	Reporte de próximos a vencer y gestión de rotación con otras unidades
10	Reporte semanal de medicamnetos y dispositivos críticos
11	Atender solicitudes para las otras unidades

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9503042686-9503068558	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/04/14	\$ 43.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/14	\$ 56.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/14	\$ 8.600
OTRO			

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 afiliación a eps, arl, pensión, 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

*LILIANA ANDREA GUERRERO ROMERO**PS_3587_2026_29190D***LILIANA ANDREA GUERRERO ROMERO****CC: 52934173**

FIRMA DE QUIEN VALIDA

*ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA**PS_3587_2026_29190D***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_3587_2026_29190D***MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO****SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52934173		GUERRERO ROMERO LILIANA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 4 este # 251-38E apartamento 101	SOACHA-CUNDINAMARCA	3108084135	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-03	2026-03	221270482	9503042686	I	2026/04/20	2026/04/14	NEQUI	\$99,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																										
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			Total Aportes																										
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	lvs	pc	cor	vst	sn	lge	lma	vac	lav	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC		Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF																
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																												\$350,181	\$56,100	\$350,181	\$43,800	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$99,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																												\$350,181	\$56,100	\$350,181	\$43,800	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$99,900
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																												\$350,181	\$56,100	\$350,181	\$43,800	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$99,900
1	CC	52934173	GUERRERO LILIANA	X																	23030	6	\$350,181	\$56,100	EPS005	6	\$350,181	\$43,800	0	\$0	\$0	0	\$0	0.000%	\$0	0	\$0	\$0	\$0	No	\$99,900																	
Total Afiliados(1)																							\$350,181	\$56,100			\$350,181	\$43,800		\$0	\$0		\$0		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$99,900																		

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$56,100	\$0	\$0	\$56,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$56,100	\$0	\$0	\$56,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$43,800	\$0	\$0	\$43,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$43,800	\$0	\$0	\$43,800
TOTAL				1	\$99,900	\$0	\$0	\$99,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52934173		GUERRERO ROMERO LILIANA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 4 este # 251-38E apartamento 101	SOACHA-CUNDINAMARCA	3108084135	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	222663492	9503068558	N	2026/04/20	2026/04/14	NEQUI	0	\$8,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																									
EMPLEADO						PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte			
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$350,181	\$8,600		\$0	\$0			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$350,181	\$8,600		\$0	\$0			
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$350,181	\$8,600		\$0	\$0			
1	CC	52934173	GUERRERO LILIANA	230301	6	(\$350,181)	(\$56,100)	EPS005	6	(\$350,181)	(\$43,800)		0	\$0	\$0	14-11	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0			
2	CC	52934173	GUERRERO LILIANA	230301	6	\$350,181	\$56,100	EPS005	6	\$350,181	\$43,800		0	\$0	\$0	14-11	6	\$350,181	\$8,600	0	\$0	\$0			
Total	Afiliados(1)					\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$350,181	\$8,600		\$0	\$0			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52934173		GUERRERO ROMERO LILIANA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 4 este # 251-38E apartamento 101	SOACHA-CUNDINAMARCA	3108084135	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-03	2026-03	222663492	9503068558	N	2026/04/20	2026/04/14	NEQUI	0	\$8,600	

RESUMEN DE PAGO										
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$8,600	\$0	\$0	\$8,600	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$8,600	\$0	\$0	\$8,600		
TOTAL				1	\$8,600	\$0	\$0	\$8,600		