

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

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	\$ 2.996.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



LILIANA ANDREA GUERRERO ROMERO  
PS\_3587\_2026\_FF4780

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.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 3587 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/03/20</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 6.249.600	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>214</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 9.170.000	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.996.000
---	--------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** CUATRO (4) MESES

**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	Solicitud de insumos y medicamentos faltantes en la unidad
2	Realizacion de pedido de medicamentos e insumos mensual para la unidad
3	Toma diaria de temperatura de farmacia central y revision de farmacia salas de cirugia
4	Traslados a otras unidades
5	Ingreso al sistema y cobro a paciente de nutriciones parenterales
6	Realizacion de informe de medicamentos e insumos criticos semanalmente
7	Informe semanal de proximos a vencer

**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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

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

No. DE PLANILLA:	N° 9503068692	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	SANITAS	2026/05/25	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/25	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/25	\$ 42.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 541.800</b>

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 ibr 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**



*LILIANA ANDREA GUERRERO ROMERO*

*PS\_3587\_2026\_FF4780*

**LILIANA ANDREA GUERRERO ROMERO**

**CC: 52934173**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA*

*PS\_3587\_2026\_FF4780*

**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\_FF4780*

**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	Dias Mora	
2026-05	2026-05	308295996	9504697902	I	2026/06/18	2026/05/14	BANCO DAVIVIENDA	0	
								Valor	\$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			Total Aportes										
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	lvs	pcor	vst	sln	lge	lma	vac	lavp	vct	lirt	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	
<b>SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																										
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																										
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																																										
1	CC	52934173	GUERRERO LILIANA																		23030	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	2.436%	\$42,700	0	\$0	\$0	No	\$541,800
<b>Total Afiliados( 1)</b>																						\$1,750,905	\$280,200	\$1,750,905	\$218,900	\$0	\$0	\$1,750,905	\$42,700	\$0	\$0	\$541,800										

## Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$541,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$541,800</b>