

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ELIZABETH BETANCOUR BERNAL			CC:	53047187
CORREO ELECTRÓNICO:	ELIZABETH2804-09@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3102403276
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 45 A SUR 8 18 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488404171099
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3490 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.263.700	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/11	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 ELIZABETH BETANCOUR BERNAL PS_3490_2026_517BC7 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ELIZABETH BETANCOUR BERNAL CC: 53047187 CEL: 3102403276					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
ELIZABETH BETANCOUR BERNAL				
CON C.C N°		53.047.187		
OBJETO DEL CONTRATO:	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.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 3490 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/11
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.352.830	No. HORAS EJECUTADAS	258	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.650.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.263.700	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY			
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 realizan actividades de almacenamiento			
2	Dispensación de Medicamentos de Medicamentos y Dispositivos Médicos			
3	Verificación de medicamentos próximos a vencer a nivel subred y solicitudes de los mismos según la necesidad de la Farmacia			
4	Realización de Solicitudes a las demás unidades de la subred según la necesidad de la farmacia			
5	Limpieza y organización de estantes.			
6	se realiza higiene de manos en los momentos que nos aplican se dispone y usan los elementos de protección personal realizar una adecuada segregación de los residuos.Se lleva a cabo la higienización de manos			
7	Control de temperatura y humedad			
8	Registro próximos a vencer			
9	FORMATO REGISTRO UNICO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS PENDIENTES RUVEM			
10	258 horas programadas por faltante de personal, compensatorios de planta y vacaciones personal de planta (Noche 2 farmacias los dias 22-26) 24 Horas			
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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				

No. DE PLANILLA:	N° 8387907337	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2026/06/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/06/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/10	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800
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			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<i>ELIZABETH BETANCOUR BERNAL</i> <i>PS_3490_2026_517BC7</i> ELIZABETH BETANCOUR BERNAL CC: 53047187		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<i>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</i> <i>PS_3490_2026_517BC7</i> ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<i>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</i> <i>PS_3490_2026_517BC7</i> MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO		

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ELIZABETH BETANCOUR BERNAL
No. Identificación: CC53047187
Dirección: DIAGONAL 45 A SUR 8-18 ESTE
Telefono: 6017545678
Correo: elizabeth2804-09@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8387907337

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ELIZABETH BETANCOUR BERNAL	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC53047187	Periodo de Cotización Salud	mayo de 2026
Número de planilla	8387907337	Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2026
Fecha pago	2026-06-10	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	64344852	Total Pagado	541800
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42700	1
231001	Colfondos	280200	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	218900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53047187
APELLIDOS Y NOMBRES: ELIZABETH BETANCOUR BERNAL

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPSC34	231001	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0