

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
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		\$ 2.730.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 LILIANA ANDREA GUERRERO ROMERO PS_3587_2026_E1ACC9 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	195
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.170.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.730.000
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

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	Toma de temperatura en farmacia central y revision de tempreratura en farmacia de salas de cirugia
2	Recepcion tecnica de traslados de otras unidades y del almacen
3	Solicitud de pedido mensual de medicamentos y dispositivos medicos
4	Alistamiento de pedido para farmacia salas de cirugia
5	Solicitud de insumos y medicamentos a otras unidades
6	Traslados a otras unidades
7	reporte semanal proximos a vencer
8	Reporte semanal de criticos y proximos a vencer
9	Se realizan horas adicionales por los disponibles programados 13-14-15-28-29-30

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° 9504697902	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/14	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/14	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/14	\$ 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 afiliación 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_E1ACC9

LILIANA ANDREA GUERRERO ROMERO

CC: 52934173

FIRMA DE QUIEN VALIDA



ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA

PS_3587_2026_E1ACC9

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_E1ACC9

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

SUPERVISOR DEL CONTRATO

Planilla Resumen

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																	
2026-05		2026-05		308295996				9504697902				I		2026/06/18		2026/05/14		BANCO DAVIVIENDA				0		\$541,800																	
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO				NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS						PARAFISCALES									
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	lvsp	cor	vst	sn	ige	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0
1	CC	52934173	GUERRERO LILIANA																		230301	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		
Total Afiliados(1)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	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
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800