

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MAYRA STEPHANIE BAEZ ECHEVERRI			CC:	1033763399
CORREO ELECTRÓNICO:	mayra.ech@hotmail.com			TELÉFONO:	3108567270
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 22 A 43 68 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0325215127
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 3793 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.391.336	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/14	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/04/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/14 AL 2026/04/30				
 MAYRA STEPHANIE BAEZ ECHEVERRI PS_3793_2026_36A8D4 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MAYRA STEPHANIE BAEZ ECHEVERRI CC: 1033763399 CEL: 3108567270					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MAYRA STEPHANIE BAEZ ECHEVERRI

CON C.C N°1.033.763.399

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 711 24 04 2025.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 3793 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/04/14

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$3.600.034No. HORAS EJECUTADAS104

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$3.600.034VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$3.391.336

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASDIECIOCHO (18) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

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	Apropiación conceptual de lineamientos.
2	Capacitación resolución 3280 con la Dr Molina.
3	Asistencia a socialización ruta de promoción y mantenimiento de la salud.
4	Asistencia a capacitación en gestión territorial con geógrafos.
5	Socialización proceso de facturación y agendamiento de cita.
6	Empalme proceso de facturación.
7	Recepción de bases por cohortes con el fin de llevar a cabo el debido proceso, se elabora el guion para las llamadas y se agregan las columnas con desplegables necesarias para el diligenciamiento del seguimiento de las gestiones realizadas.
8	Socialización de entregables para la resolución.
9	Capacitación ubicación de predios nuevos.
10	Socialización de los productos de las lideres.
11	Capacitación en facturación.
12	Seguimiento y gestión de solicitud de cohorte.
13	Capacitación pagos y en cohortes.
14	Articulación seguimiento a RIPS.
15	Asistencia al comité general.
16	Seguimiento a certificación auxiliares de enfermería del proceso de facturación y agendamiento de citas.
17	Socialización y entrega de seguimiento de certificación a coordinadora de los equipos mas bienestar.
18	Socialización de procesos, admisiones y caracterización en GTAPS.

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 (2026-04-14) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 75086572	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/04/13	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/13	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/04/13	\$ 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 periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 MAYRA STEPHANIE BAEZ ECHEVERRI PS_3793_2026_36A8D4 MAYRA STEPHANIE BAEZ ECHEVERRI CC: 1033763399		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_3793_2026_36A8D4 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

PERIODOS DE COTIZACION

[illegible][illegible][illegible]TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD. ARL	NIT ARL	COTIZ. OBLIGAT	INCAPACIDADES		APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
			No AUTORIZ	VALOR		
14-7	860002503-2	42.700	0	0	0	42.700
DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SubTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	0	42.700	0	0	42.700

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION			
VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO DE ADMINISTRADORA	ANTES DE IDE-LMA, IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	280.200	280.200
SALUD	218.900	218.900
RIESGOS LABORALES	42.700	42.700
CCF	35.100	35.100
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	576.900	576.900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
DATOS DEL AFILIADO					NOVEDADES														VALOR IBC				LIQUIDACION DE APORTES																		
Nº	TPO	NÚMERO	APELLIDOS Y NOMBRES		COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTPO	COTIZANTE	EXTRANJERO	COLONIZADO EN	EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	IPIC ADICIONAL		
1	CC	1033763399	BAEZ ECHEVERRI MAYRA STEPHANIE		EPS008	230301	CCF24																			1,750.905	1,750.905	1,750.905	1,750.905	0						280.200	0	0	0	218.900	0