

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
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	N° CUENTA:	0325215127
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3793 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.000.056	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/14	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 MAYRA STEPHANIE BAEZ ECHEVERRI PS_3793_2026_72E232 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 2026	FECHA INICIO CONTRATO
			2026/04/14
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.600.034	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.000.069	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.000.056
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		
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	Asistencia a capacitación del proceso de canalizaciones y prescripción social en auditorio San Blas.		
2	Ejecución de asignación de usuarios para salida a terreno y facturación.		
3	Seguimiento y ejecución de actividades de agendamiento y facturación.		
4	Asistencia a socialización de GTAPS y aseguramiento.		
5	Actividades en campo, se abordan 4 usuarios y se realiza ejecución de actividades de agendamiento y facturación.		
6	Socialización del proceso de aseguramiento.		
7	Asistencia a reunión de operación, inducción a talento humano nuevo y envío de autorizaciones.		
8	Asistencia socialización hallazgos GTAPS.		
9	Revisión calidad del dato de las bases del proceso de agendamiento y facturación. Asistencia a reunión de equipo para operación.		
10	Asistencia a reunión con equipo mas bienestar y reunión con ingeniero TICS para creación de archivo plano dinámica.		
11	Articulación con lideres de las cohortes EBS.		
12	Asistencia a capacitación de dinámica.		
13	Asistencia a capacitación de SDS.		
14	Seguimiento a talento humano del proceso de agendamiento y facturación.		
15	Apropiación conceptual de lineamientos ministerio de salud - equipos EBS.		
16	Asistencia a comité general EBS.		
17	Seguimiento a las actividades contractuales por parte de la coordinación de EBS.		
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° 75079611	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/12	\$ 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 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	 MAYRA STEPHANIE BAEZ ECHEVERRI PS_3793_2026_72E232 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_72E232 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA**TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA****TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA****TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA**NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS**TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES****TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION****TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PAG 2 DE 2