

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

Señor(a): MARIA TERESA BECERRA ROMERO
No. Identificación: CC51994696
Dirección: AV CALLE 1 5A 31
Telefono: 7515541
Correo: mariabecerra_1517@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8375204648

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA TERESA BECERRA ROMERO	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC51994696	Periodo de Cotización Salud	abril de 2026
Número de planilla	8375204648	Periodo de Cotización Pensión	abril de 2026
Fecha pago	2026-04-14	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	92165336	Total Pagado	541800
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	280200	1
EPS008	Compensar EPS	218900	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 51994696
 APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA TERESA BECERRA ROMERO

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
EPS008	25-14	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA TERESA BECERRA ROMERO	CC:	51994696		
CORREO ELECTRÓNICO:	mariabecerra_1517@hotmail.com	TELÉFONO:	3178131631		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AV CL 1 5A 31	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	074005257

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3886 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.352.900
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/23	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



MARIA TERESA BECERRA ROMERO
PS_3886_2026_AC0723

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MARIA TERESA BECERRA ROMERO

CC: 51994696

CEL: 3178131631

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

MARIA TERESA BECERRA ROMERO

CON C.C N°

51.994.696

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3886 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/23
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.980.340	No. HORAS EJECUTADAS	186
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.510.340	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.352.900
-----------------------------------------------------	--------------	--------------------------------------------------	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRES (3) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE

NOMBRE DEL SUPERVISOR: GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

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 asignación de citas de acuerdo con las indicaciones dadas por jefe asignada
2	Se observa la necesidad del paciente para realizar el examen
3	Se brinda orientación clara y adecuada para la preparación a los pacientes de acuerdo con los exámenes que se agendan.
4	Se brinda información clara sobre lugar, día, hora, doctor, especialidad de la cita agendada.
5	Se informa a la jefe asignada de cualquier cambio de agendamiento o inconveniente relacionado con gestión.
6	Se informa a la jefe, médico o referente de cambios de las diferentes agendas asignadas.
7	Se revisan las historias clínicas de los pacientes confirmando que tengas las ordenes médicas, laboratorios y tiempos para asignar las diferentes citas y laboratorios.
8	Se realiza higiene y desinfección de los diferentes implementos utilizados para la función asignada.
9	Se realizan los registros adecuados para la asignación correcta de las citas médicas y laboratorios.

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° 8375204648	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/04/14	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/14	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/14	\$ 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 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



MARIA TERESA BECERRA ROMERO

PS_3886_2026_AC0723

MARIA TERESA BECERRA ROMERO

CC: 51994696

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_3886_2026_AC0723

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

SUPERVISOR DEL CONTRATO