

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CAROLINA BALLEEN RODRIGUEZ			CC:	52785843
CORREO ELECTRÓNICO:	carolinaballenrodriguez@gmail.com			TELÉFONO:	3104833194
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AV KR 86 17 96			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	457070051406
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4075 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.391.336	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/14	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/14 AL 2026/05/31				
 CAROLINA BALLEEN RODRIGUEZ PS_4075_2026_C91811 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CAROLINA BALLEEN RODRIGUEZ CC: 52785843 CEL: 3104833194					

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

CON C.C N°52.785.843

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4075 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/14
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$3.600.034	No. HORAS EJECUTADAS	104
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$9.600.090	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$3.391.336
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) 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	Durante el proceso de capacitacion que inicie se realizaron las siguientes capacitaciones 14/05/26 FIRMA CONTRATO TARDE 5.00 TARDE 15/05/2026 SOLICITUD CARNET Y DILIGENCIAMIENTO SOLICITUD GTAPS , DINAMICA, VPN 19/05/2026 CAPACITACION DINAMICA 20/05/2026 CAPACITACION LINEAMIENTOS OPERATIVOS EBS Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES 21/05/2026 CAPACITACION COHORTES, SECRETARIA DE SALUD 5 PILARES 22/05/2026 CAPACITACION CANALIZACIONES, GTAPS, SECRETARIA DE SALUD 25/05/2026 CAPACITACION COHORTES 26/05/2026 CAPACITACION GTAPS, MICROTERRITORIOS 27/05/2026 ABORDE EN LACHES PACIENTE APLICANDO LA RESOLUCION 711 28/05/2026 CAPACITACION Y CONEXIÓN VPN

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 (2026-05-14) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL		\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		\$ 0

OTRO			
TOTAL PAGADO		\$ 0	
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		 CAROLINA BALLEN RODRIGUEZ PS_4075_2026_C91811 CAROLINA BALLEN RODRIGUEZ CC: 52785843	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_4075_2026_C91811 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52785843		BALLEN RODRIGUEZ CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 112 B 22 i - 46	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3104833194	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	402636172		9506378285	I	2026/06/11	2026/06/18	BANCO DAVIVIENDA	\$234,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO			PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$817,089	\$130,800			\$817,089	\$102,200			\$0	\$0			\$0	\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$817,089	\$130,800			\$817,089	\$102,200			\$0	\$0			\$0	\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$817,089	\$130,800			\$817,089	\$102,200			\$0	\$0			\$0	\$0	\$0
1	CC	52785843	BALLEN CAROLINA	25-14	14	\$817,089	\$130,800	EPS005	14	\$817,089	\$102,200	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	0	\$0
Total Afiliados(1)					\$817,089	\$130,800			\$817,089	\$102,200			\$0	\$0			\$0	\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52785843		BALLEN RODRIGUEZ CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 112 B 22 i - 46	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3104833194	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-05	2026-05	402636172	9506378285	I	2026/06/11	2026/06/18	BANCO DAVIVIENDA	7	\$234,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$130,800	\$700	\$0	\$131,500	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$130,800	\$700	\$0	\$131,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$102,200	\$600	\$0	\$102,800	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$102,200	\$600	\$0	\$102,800	
TOTAL				1	\$233,000	\$1,300	\$0	\$234,300	