

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
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:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 MAYRA STEPHANIE BAEZ ECHEVERRI PS_3793_2026_841822 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:	\$ 21.391.504	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.000.056
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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	ARTICULACIÓN MAS BIENESTAR SALON COMUNAL LA FRAGUITA 8:00 AM - 12:00 PM MESA DE TRABAJO CON GESTIÓN DEL RIESGO 2:00 PM VIRTUAL.
2	ASISTENCIA CAPACITACIÓN GTAPS 2.0 VIRTUAL (ACTA) 8:00 AM - 10:00 AM REUNIÓN VIRTUAL CON MAS BIENESTAR 10:00 AM ASIGNACIÓN RUTEO PARA SALIDA A TERRENO.
3	ASIGNACIÓN RUTEO PARA SALIDA A TERRENO (CORREO CREACIÓN AGENDAS). 6:00 PM REUNIÓN CON EQUIPO (ACTA).
4	INDUCCIÓN TALENTO HUMANO NUEVO 8:30 AM A 10:00 AM EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN.
5	SEGUIMIENTO PROCESO DE AGENDAMIENTO 8:00 AM. 12:30 PM SEGUIMIENTO DE MINISTERIO (ACTA MIRYAM). CORREO A LIDERES DE REVISIÓN AGENDADOS.
6	ACTA DE CAPACITACIÓN SIVIGILA Y ARTICULACIÓN EBS 8- 1 PM (ACTA). ASISTENCIA TECNICA SOCIALIZACIÓN DE LINEAMIENTOS EBS 2-5 PM (ACTA).
7	8:00 AM REUNIÓN CON COORDINACIÓN Y EQUIPO DE FACTURACIÓN. 2 - 4 PM VIRTUAL ASEGURAMIENTO (ACTA).
8	8:00 AM INDUCCIÓN TALENTO HUMANO NUEVO. (ACTA) CORREO ENTREGA BASE RUTEO.
9	ENVIO AUTORIZACIONES. 8-10 AM SOCIALIZACION PARA ABORDAJE DE LA BASE DE RUTEO DEL APLICATIVO GTAPS (ACTA) 10:30 - 11:00 AM REUNIÓN INFORMATIVA Y SEGUIMIENTO OPERATIVO. (ACTA)
10	8:30 - 9:00 AM SEGUIMIENTO PROCESO DE AGENDAMIENTO, FACTURACIÓN Y MEDICINA. (ACTA) 9:00 - 10:30 AM SOCIALIZACIÓN HALLAZGOS RIPS. (ACTA). SOCIALIZACIÓN BIBIANA CON TECNICOS.
11	8 AM - 1:30 PM SEGUIMIENTO ACTIVIDADES TALENTO HUMANO. (ACTA). 2-5 PM SESIÓN VIRTUAL EBS. ENVIO CORREO A LIDERES DE EVOLUCIONES.
12	8 - 10 AM SISTEMAS DE INFORMACION PROCESO. 10-12 PM SEGUIMIENTO ZAHIRA Y EDUARDO. ENVIO CORREO DE PROFESIONALES Y FACTURADORES.
13	ENVIO AUTORIZACIONES. ENVIO CORREO DE REVISIÓN TABLERO DE CONTROL A LIDERES. ENVIO CORREO ADSCRIPCIÓN A CENTRO DE COSTOS. AGENDAMIENTO A USUARIOS 4. SEGUIMIENTO A USUARIOS EN TABLERO DE CONTROL.
14	8-10:30 AM ASISTENCIA REUNIÓN TÉCNICA GITAPS Y ABORDAJE POR PARTE DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA A LA BASE DE RUTEO DE CRÓNICOS.
15	9-10:30 AM INDUCCIÓN TALENTO HUMANO NUEVO (ACTA). SEGUIMIENTO A AUXILIARES EN TABLERO DE CONTROL.
16	ENVIO CORREO HALLAZGOS EN CENTROS. 11 AM-12 PM SEGUIMIENTO SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y FACTURACIÓN (ACTA).
17	CERTIFICACIÓN. ENVIO CORREO DE EVOLUCIONES TARDIAS. SEGUIMIENTO A DOCTORA BONETH.
18	ENVIO PRESENTACIÓN PARA COMITÉ. ENVÍO CORREO A INGENIERO DE SISTEMAS.
19	ASISTENCIA Y PRESENTACIÓN EN COMITÉ GENERAL. CERTIFICACIÓN DE TALENTO HUMANO.

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, <u>CERTIFICO</u> 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° 91556359	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/16	\$ 300.100
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/16	\$ 384.100
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/16	\$ 58.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 742.700
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_841822 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_841822 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033763399	MAYRA STEPHANIE BAEZ ECHEVERRI	KR 22a 43-68 sur	9333757	mayra.ech@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93398943	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$2,400,022	\$790.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	300.100	0		0		0	0	0	0	300.100	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	384.100	0	0	0	0	0	0		384.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	58.500				58.500	0	0	58.500			585	58.500	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	48.100	0	0	48.100	1	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	300.100	300.100
Pensión	1	384.100	384.100
Riesgos Laborales	1	58.500	58.500
CCF	1	48.100	48.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	790.800	790.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033763399	MAYRA STEPHANIE BAEZ ECHEVERRI		KR 22a 43-68 sur	9333757	mayra.ech@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93398943	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$2,400,022	\$790.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES												
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TUE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1033763399	BAEZ ECHEVERRI MAYRA STEPHANIE	59	0			N																	230301	2.400.022	30	384.100	0	0	0	0	EPS008	2.400.022	30	300.100	14-7	2.400.022	30	3	58.500	CCF24	2.400.022	30	48.100	0	0	0	0	0