

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MIREYA ORTIZ ARIAS			CC:	52534936
CORREO ELECTRÓNICO:	miorar5432@hotmail.com			TELÉFONO:	3128983422
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 18 1F 21			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE	N° CUENTA:	002160008906

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6187 2025	N° CDP:	2526	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CERO (0) MESES Y DIECISIETE (17) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/15 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 1.259.669

 MIREYA ORTIZ ARIAS
PS_6187_2025_717C3F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MIREYA ORTIZ ARIAS
CC: 52534936
CEL: 3128983422

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

MIREYA ORTIZ ARIAS

CON C.C N°

52.534.936

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6187 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/08/15
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.259.669	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.705.561	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.259.669
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CERO (0) MESES Y DIECISIETE (17) DÍAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: SAUL ARDILA DURAN

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

1. PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES. 2 AGENDAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA LOS USUARIOS QUE LO SOLICITEN, BIEN SEA DE MANERA PRESENCIAL O VIA TELEFONICA 3 REALIZAR LLAMADA PRE QUIRURGICA A LOS PACIENTES PARA CONFIRMACION DE ASISTENCIA E INFORMARLES DE LA PREPARACION REQUERIDA PARA EL CORRESPONDIENTE PROCEDIMIENTO. DEJANDO REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA, CORREO ELECTRONICO Y DRIVE 4 IMPARTIR EDUCACION AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECIFICOS A TENER EN CASA DE ACUERDO A LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE. 5 ELABORAR EL PROGRAMA QUIRURGICO Y BRINDAR SOLUCIONES Y/O ALTERATIVAS. VALIDANDO DENTRO DE LA PROGRAMACION DIARIA LA DISTRIBUCION ADECUADA DE LOS QUIROFANOS, EQUIPOS Y ASIGNACION EN LA PROGRAMACION DIARIA DEL RECURSO HUMANO NECESARIO PARA EL DESARROLLO DE LAS CIRUGIAS PROGRAMADAS. 6 DEFINIR LA PROGRAMACION QUIRURGICA A LAS 2:00 PM Y TODA EVENTUALIDAD, INCLUSION, EXCLUSION O MODIFICACION EN EL HORARIO, EN EL PROGRAMA DESPUES DE ESTA HORA DEBERA SER INFORMADO A LAS AREAS DE APOYO INVOLUCRADAS Y A LOS PACIENTES. 7 REVISAR LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES A PROGRAMAR PARA VALIDAR QUE TODO ESTE LISTO PARA LA CIRUGIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PREPARACION DEL PACIENTE VERIFICAR EN LA VALORACION DE ANESTESIA SI EL PACIENTE TIENE ENTERIOS ESPECIALES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA PARA EL MOMENTO DE LA CITACION Y QUE SE DE CUMPLIMIENTO A ELLO 8 REALIZA AMADAS POST QUIRURGICAS A LOS PACIENTES DE INGRESO Y EGRESO AMBULATORIO, CONFORME AL PROTOCOLO ESTABLECIDO, BUSCANDO IDENTIFICAR SITUACIONES DE RIESGO O DE ALARMA, PARA DIFERIR INMEDIATAMENTE EL PACIENTE A LA SUBRED 9 REALUAR SEGUIMIENTO A LA PROGRAMACION DE CIRUGIA E INFORMAR LAS DESVIACIONES DEL PROGRAMA PARA LA APLICACION DE CORRECTIVOS, REALIZAR LOS REGISTROS CORRESPONDIENTES INCLUYENDO LOS REGISTROS DE CANCELACION DE CIRUGIA 10. NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCUMDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE. 11. REALIZAR REGISTROS CLINICOS EN FORMA OPORTUNA, DILIGENCIANDO TODAS LAS VARIABLES CORRECTAMENTE Y DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999. MANTENER ORGANIZADAS LAS LUSTORIAS CLINICAS DE ACUERDO AL MANUAL Y NORMATIVIDAD VIGENTE DE LA ENTIDAD 12.CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES 12 CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMAS SOLICITUDES DE LA SUPERVISION Y DE LA OFICINA DE CALIDAD 13 ENTREGAR FORM OPORTUNA LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED, SOPORTES DE HOJA DE VIDA Y SOPORTES PARA EL PAGO DE LAS CUENTAS DE COBRO 14. PORTAR EL PAMET INSTITUCIONAL DELA SUBRED DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 15. MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION A LA CUAL TIENE ACCESO CON OCASION A SUS ACTIVIDADES 16 CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ETICAS PARA EL ADECUADO MANEJO

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-08-15) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 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 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 <p>MIREYA ORTIZ ARIAS PS_6187_2025_717C3F</p> <hr/> <p>MIREYA ORTIZ ARIAS CC: 52534936</p>
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_6187_2025_717C3F</p> <hr/> <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO</p>
------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p>SAUL ARDILA DURAN PS_6187_2025_717C3F</p> <hr/> <p>SAUL ARDILA DURAN SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	---

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que María Paula Manjarrez Capera, identificado(a) con CC número 1032476601, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1032476601
NOMBRES Y APELLIDOS	Maria Paula Manjarrez Capera
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	30/11/1995
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	29/09/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	134 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	22/07/2024
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1032476601 MARIA PAULA
MANJARREZ CAPERA Desde 18/11/2024 - Vigente N.I.T.
860510031 GRUPO ASD SAS Desde 08/10/2024 Hasta
19/11/2024N.I.T. 901041691 CENTROS MEDICOS COLSANITAS
SAS Desde 19/07/2024 Hasta 03/09/2024N.I.T. 830035650
REDES HUMANAS SA Desde 16/02/2024 Hasta 21/06/2024