

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.222.946
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



MIREYA ORTIZ ARIAS

PS_6187_2025_6673C0

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:	\$ 2.222.946
---	--------------	--	--------------

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)

ITEM	Realizo Programación de cirugías y procedimientos de las especialidades ofertadas incluyendo gastroenterología, verificación de documentos, depuración diaria de lista de espera, verificación de realización de procedimientos, llamadas prequirúrgicas, Cancelación de pacientes en dinámica, realizo cubrimiento en las unidades que se requiere, porto el carnet en sitio visible, atención y orientación al paciente y familiar sobre la preparación en el momento del agendamiento, cumpro con las actividades de mi contrato y de mas funciones que me deleguen.
-------------	--

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 7988170571 / 7988238151	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/23	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/23	\$ 227.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/23	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.600

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



MIREYA ORTIZ ARIAS

PS_6187_2025_6673C0

MIREYA ORTIZ ARIAS

CC: 52534936

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_6187_2025_6673C0

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

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



SAUL ARDILA DURAN

PS_6187_2025_6673C0

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA				
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52534936	NÚMERO PLANILLA:	7988170571		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	MIREYA ORTIZ ARIAS	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	septiembre	AÑO	2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARRERA 18 N 1 F 21 EDUARDO SANTOS	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	0			
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	3128983	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/23		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1796598732
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.					
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO					

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 227.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.900	\$ 0	\$ 0	\$ 227.900
SUBTOTALES:										\$ 227.900	\$ 0	\$ 0	\$ 227.900

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000
SUBTOTALES:										\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500	\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500	
SUBTOTALES:										\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																									
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU												
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52534936	ORTIZ ARIAS MIREYA	INDEPENDIENTE		\$ 1.424.000				NO	01															230301-PORVENIR	30	1.424.000	\$ 227.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.900	EPS008-COMPENSAR	30	1.424.000	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000	14-11 - ARL SURA	30	1.424.000	\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 413.400

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> 8. PS 6187 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 6187 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 9. PS 6187 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf (Proveedor)	9. PS 6187 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 9. PS 6187 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf.pdf	9. PS 6187 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo