

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

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

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 6187 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.222.946
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/08/15	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/11/30
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



MIREYA ORTIZ ARIAS  
PS\_6187\_2025\_52C3F7

**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:** \$ 8.521.293 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.222.946

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** CUATRO (4) MESES

**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 El servicio consiste en gestionar integralmente la programación quirúrgica, incluyendo la agenda acordada con el supervisor, la asignación de procedimientos solicitados presencial o telefónicamente y la confirmación prequirúrgica a los pacientes con su debida educación y registro clínico. Se elabora y valida el programa quirúrgico diario, garantizando la adecuada distribución de quirófanos, equipos y recurso humano, así como la notificación de cambios y eventualidades a las áreas involucradas. También se revisan historias clínicas, se realizan llamadas posquirúrgicas para identificar riesgos, se hace seguimiento a desviaciones del programa y se documenta todo conforme a la normatividad vigente. El servicio cumple estrictamente las normas de bioseguridad, ética, confidencialidad y reporte institucional, además de entregar oportunamente la documentación requerida y portar el carné institucional durante todas las actividades.

**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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 7988198395	<b>OPERADOR:</b>	SOI
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/22	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/22	\$ 227.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/22	\$ 34.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.600</b>

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\_52C3F7*

**MIREYA ORTIZ ARIAS**

**CC: 52534936**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*

*PS\_6187\_2025\_52C3F7*

**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\_52C3F7*

**SAUL ARDILA DURAN**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**



7

Ejecución del Contrato

8

Modificaciones del Contrato

9

Incumplimientos

Id de pago	Numero de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pagar	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados							

**Balance de pagos y Balance de entregas**

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	8.521.293,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	8.521.293,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	8.521.293,00 COP	100%	-

**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	Proveedor	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 9. PS 6187 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf (Archivado)	1.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<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	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 10. PS 6187 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 6187 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Documento del contrato cargado