

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52534936
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MIREYA ORTIZ ARIAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 18 N 1 F 21	TELÉFONO:	3128983
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

NÚMERO PLANILLA:	<b>7992064107</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN:	MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	8		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2019931707

**NOVEDADES**

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

		TOTALES	
		COTIZANTES	TOTAL PAGADO

**PENSIÓN**

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 229.100
<b>SUBTOTAL:</b>			1	<b>\$ 229.100</b>

**SALUD**

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 178.900
<b>SUBTOTAL:</b>			1	<b>\$ 178.900</b>

**RIESGOS PROFESIONALES**

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 34.900
<b>SUBTOTAL:</b>			1	<b>\$ 34.900</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 440.600</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 2.300</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 442.900</b>



Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 [Información general](#)
- 2 [Condiciones](#)
- 3 [Bienes y servicios](#)
- 4 [Documentos del Proveedor](#)
- 5 [Documentos del contrato](#)
- 6 [Información presupuestal](#)
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 [Modificaciones del Contrato](#)
- 9 [Incumplimientos](#)

## Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

### 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	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
	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>

## Datos guardados



11. PS 6187 2025 CUENTA DE  
COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf

11. PS 6187 2025 CUENTA DE  
COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

**Datos guardados**

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

<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>	2026/01/15
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



MIREYA ORTIZ ARIAS  
PS\_6187\_2025\_10E314

**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**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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.
-----------------------------	---

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

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 1.259.669	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 12.670.793	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.222.946
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	SEIS (6) MESES
--	----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	SAUL ARDILA DURAN
-------------------------------	-------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (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 QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.***

<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
-------------	-----------------------------------	-----------	-----------

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

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

No. DE PLANILLA:	N° 7992064107	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/18	\$ 178.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/18	\$ 229.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/18	\$ 34.900
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 442.900

**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, pensión, 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p>MIREYA ORTIZ ARIAS PS_6187_2025_10E314</p> <hr/> <p><b>MIREYA ORTIZ ARIAS</b> <b>CC: 52534936</b></p>
---------------------------------------	--

<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_6187_2025_10E314</p> <hr/> <p><b>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
------------------------------	--

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p>SAUL ARDILA DURAN PS_6187_2025_10E314</p> <hr/> <p><b>SAUL ARDILA DURAN</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>
--	---