**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**
**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 7**
**FECHA: 2025-06-09**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)** | | | | | |
| **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** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1631 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.793.100** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/03** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/06/30** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31** | | | | |

*MIREYA ORTIZ ARIAS*
*PS_1631_2026_B122D0*

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

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO:** AP-IA-FT-077<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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 COMO AUXILIAR 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 1631 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/03** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 11.172.400 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **0** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 13.965.500 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.793.100 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CINCO (5) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | SAUL ARDILA DURAN | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(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 CUMPLIMENTO 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.***

| **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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 6017199048 | OPERADOR: | SOI |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/06/27 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/06/27 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/06/27 | $ 42.700 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 541.800 |

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** | *MIREYA ORTIZ ARIAS*<br>*PS_1631_2026_B122D0*<br>**MIREYA ORTIZ ARIAS**<br>**CC: 52534936** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*<br>*PS_1631_2026_B122D0*<br>**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *SAUL ARDILA DURAN*<br>*PS_1631_2026_B122D0*<br>**SAUL ARDILA DURAN**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |