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: (30-09-2026)					
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:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

MIREYA ORTIZ ARIAS
PS_1631_2026_B71473

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** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **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 **VERSIÓN:** 2 **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:	$ 24.858.590	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.793.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES. AGENDAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA LOS USUARIOS QUE LO SOLICITEN, BIEN SEA DE MANERA PRESENCIAL O VIA TELEFONICA 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. 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. 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. 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 REALIZA LLAMADAS POST QUIRURGICAS A LOS PACIENTES, CONFORME AL PROTOCOLO ESTABLECIDO, BUSCANDO IDENTIFICAR SITUACIONES DE RIESGO O DE ALARMA, PARA DIFERIR INMEDIATAMENTE EL PACIENTE A LA SUBRED CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMAS SOLICITUDES.
2	Agendamiento de procedimientos quirúrgicos para los usuarios que lo soliciten, ya sea de manera presencial o mediante atención telefónica, verificando previamente la disponibilidad de agenda y los requisitos necesarios para la realización del procedimiento. Realización de llamadas prequirúrgicas a los pacientes, con el fin de confirmar su asistencia, brindar información relacionada con la preparación requerida para el procedimiento y verificar el cumplimiento de las indicaciones establecidas. Cada contacto deberá quedar debidamente registrado en la historia clínica. Elaboración del programa quirúrgico diario, brindando soluciones y/o alternativas ante las diferentes situaciones que puedan presentarse durante el proceso de programación.Revisión de la historia clínica de los pacientes a programar, con el propósito de verificar que se encuentren preparados y que cuenten con los requisitos necesarios para la realización del procedimiento quirúrgico. Realización de llamadas postquirúrgicas a los pacientes, de acuerdo con el protocolo institucional establecido, con el objetivo de identificar oportunamente situaciones de riesgo, signos de alarma o posibles complicaciones y, cuando corresponda, realizar la orientación y/o derivación inmediata del paciente a la Subred para la atención requerida. Cumplimiento oportuno de las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes relacionadas con el proceso, garantizando el seguimiento y cierre de las acciones asignadas dentro de los tiempos establecidos. estas actividades se realizan a diario para dar continuidad al proceso de programación de cirugía cumpliendo al agendamiento, se realiza acercamiento con los especialistas en turno,, residentes, hospitalarios para las agendas ambulatorias se realiza un promedio de 20 llamas para el agendamiento

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6032389023	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/25	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/25	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/25	$ 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* *PS_1631_2026_B71473* **MIREYA ORTIZ ARIAS** **CC: 52534936**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SAUL ARDILA DURAN* *PS_1631_2026_B71473* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

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 EDUARDO SANTOS	TELÉFONO:	3128983
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6032389023**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		16					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/09/25		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		683852408	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.300	$ 0	$ 280.200	$ 3.300	$ 283.500
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 3.300**	**$ 283.500**

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	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 2.600	$ 0	$ 218.900	$ 2.600	$ 0	$ 221.500
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 2.600**	**$ 0**	**$ 221.500**

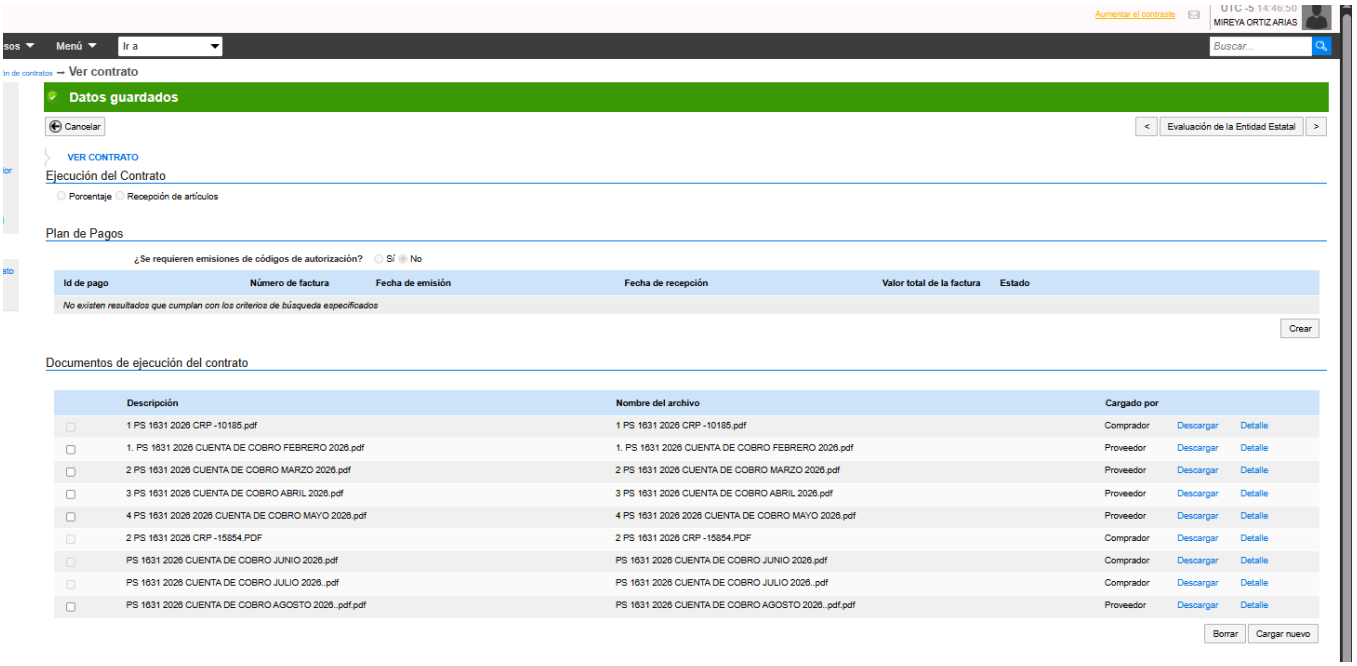
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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	$ 42.700	$ 42.700	$ 600	$ 0	$ 43.300
SUBTOTALES:									**$ 42.700**	**$ 600**	**$ 0**	**$ 43.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																							PENSIÓN								SALUD						ARP									CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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 CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	52534936	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 548.300


Aumentar el contraste
MIREYA ORTIZ ARIAS
Menú
Ir a
Buscar...
Ver contrato
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
1 PS 1631 2026 CRP -10185.pdf
1 PS 1631 2026 CRP -10185.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
1. PS 1631 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf
1. PS 1631 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
2 PS 1631 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf
2 PS 1631 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
3 PS 1631 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf
3 PS 1631 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
4 PS 1631 2026 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf
4 PS 1631 2026 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
2 PS 1631 2026 CRP -15854.PDF
2 PS 1631 2026 CRP -15854.PDF
Comprador
Descargar
Detalle
PS 1631 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf
PS 1631 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
PS 1631 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026..pdf
PS 1631 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026..pdf
Comprador
Descargar
Detalle
PS 1631 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026..pdf.pdf
PS 1631 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026..pdf.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo