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		
☐	1 PS 1107 2026 CRP -8501.pdf	1 PS 1107 2026 CRP -8501.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1107 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO DORIS.pdf	PS 1107 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO DORIS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1107 2026 CUENTA DE COBRO MARZO DORIS.pdf	PS 1107 2026 CUENTA DE COBRO MARZO DORIS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1107 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	PS 1107 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1107 20265 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	PS 1107 20265 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1107 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf	PS 1107 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1107 2026 CRP -15482.PDF	2 PS 1107 2026 CRP -15482.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1107 2026 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf	PS 1107 2026 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

PAGOSIMPLE | Pago a las Administradoras

Fecha Creación Reporte: 2026-08-14, 02:33:01 AM **Tipo Planilla:** I: Planilla independientes **Número Planilla:** 1084269942

Periodo Cotización: julio de 2026

Periodo Servicio: julio de 2026

PAGADO 10/08/2026

Datos del Aportante

Razón Social	DORIS PUENTES MUNOZ		
Documento	CC40383888	**Dirección**	CR 77B #75 A - 18
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3124800278
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	

Detalle de los Pagos por Administradora

Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Sin Mora	Valor Mora	Total Pagado
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	$ 42.700	$ 0	$ 42.700
N830003564	EPS017	FAMISANAR EPS	1	$ 218.900	$ 0	$ 218.900
Total Pagado				$ 541.800	$ 0	$ 541.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | Pago a las Administradoras

Fecha Creación Reporte: 2026-08-14, 02:33:01 AM **Tipo Planilla:** I: Planilla independientes **Número Planilla:** 1084269942

Periodo Cotización: julio de 2026

Periodo Servicio: julio de 2026

PAGADO 10/08/2026

Datos del Aportante

Razón Social	DORIS PUENTES MUNOZ		
Documento	CC40383888	**Dirección**	CR 77B #75 A - 18
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3124800278
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	

Detalle de los Pagos por Administradora

Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Sin Mora	Valor Mora	Total Pagado
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	$ 42.700	$ 0	$ 42.700
N830003564	EPS017	FAMISANAR EPS	1	$ 218.900	$ 0	$ 218.900
Total Pagado				$ 541.800	$ 0	$ 541.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DORIS PUENTES MUÑOZ**			**CC:**	**40383888**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DORIS.PUENTESM@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3124800278**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 77B BIS A 75A 18**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102643640**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1107 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.603.600**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

DORIS PUENTES MUÑOZ
PS_1107_2026_A5BE80

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DORIS PUENTES MUÑOZ
CC: 40383888
CEL: 3124800278

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			
DORIS PUENTES MUÑOZ			
	CON C.C N°	**40.383.888**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1107 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.166.140	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.603.600
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		

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	1. REALIZÓ 160 SESIONES A LOS PACIENTES CORRESPONDIENTES EN ESTE MES DE AGOSTO DE TERAPIA (RESPIRATORIA) EN UCI
2	2. REALIZO RESPUESTA A INTERCONSULTAS, BRINDE ATENCIÓN PERSONALIZADA Y ADAPTADA A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ATENCIÓN PARA GARANTIZAR QUE LA ATENCIÓN SEA PERTINENTE Y EFECTIVA, DOCUMENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA TODAS LAS SESIONES DE TERAPIA DE LA ATENCIÓN BRINDADA CON REPORTE DE LO HECHO EN LA ATENCIÓN
3	3. CONOZCO Y CUMPLO CON LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCIÓN CENTRO ORIENTE, INCLUYENDO LOS REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS, CIENTÍFICOS Y DISCIPLINARIOS, CONOZCO Y CUMPLO LOS ROLES Y RESPONSABILIDADES ASIGNADOS DE LA ESTRUCTURA ORGANIZADA DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, ADEMÁS CONOZCO Y CUMPLO LA VISIÓN Y MISIÓN DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE.
4	4. REALIZO TERAPIAS RESPIRATORIA: TERAPIA RESPIRATORIA 160, OXIMETRIAS 160, TOMA DE GASES 13, MICRONEBULIZACIONES 0,TOMA DE MUESTRAS 4 PARA CUMPLIR CON MIS ACTIVIDADES EN EL UCI LA VICTORIA
5	5.TERAPIAS RESPIRATORIA DEL MES DE AGOSTO SEGÚN LO QUE ME CORRESPONDA
6	6. ENTREGA DE INFORME DE PRODUCCIÓN MENSUAL (5/8/2026), ENTREGA DE OBJETIVOS (5/8/2026) DILIGENCIAMIENTO DE DRIVES (5/8/2026)
7	7. REALIZÓ REGISTRO COMPLETO Y CON CALIDAD DE 430 CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y LOS DEFINIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.
8	9.GARANTIZAR LA PRIVACIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE
9	11. SE REPORTAN SUCESOS DE SEGURIDAD POR LOS MECANISMOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE
10	12.PARTICIPE EN LA ENCUESTA Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS EN EL MES DE AGOSTO DEL 2026.
11	19. ASISTÍA A ENCUESTA Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026
12	22.CUMPLI CON ACCIONE DE MEJORA.
13	23. CUMPLÍ CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN
14	24. ASISTÍA LA UNIDAD DE HOSPITAL VICTORIA MI ROTACIÓN EN UCI AGOSTO

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1084269942	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/08/14	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/14	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/08/14	$ 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	*DORIS PUENTES MUÑOZ* *PS_1107_2026_A5BE80* **DORIS PUENTES MUÑOZ** **CC: 40383888**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1107_2026_A5BE80* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**