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 1152 2026 CRP -8523.pdf | 1 PS 1152 2026 CRP -8523.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| | PS 1152 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf | PS 1152 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | PS 1152 2026 CUENTA DE COBRO MARZO.pdf | PS 1152 2026 CUENTA DE COBRO MARZO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | PS 1152 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf | PS 1152 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | PS 1152 2026 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf | PS 1152 2026 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | hoja de vida sigep luz mercy.zip (Archivado) | hoja de vida sigep luz mercy.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | conflicto de intereses lux mercy 2026.pdf (Archivado) | conflicto de intereses lux mercy 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | bienes y renta 2026 luz mercy.pdf (Archivado) | bienes y renta 2026 luz mercy.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CERTIFICADO MANEJO DEL DUELO LUZ MERCY SANCHEZ.pdf (Archivado) | CERTIFICADO MANEJO DEL DUELO LUZ MERCY SANCHEZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | PS 1152 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf | PS 1152 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | 2 PS 1152 2026 CRP -15516.PDF | 2 PS 1152 2026 CRP -15516.PDF | Comprador | Descargar | Detalle |
| | PS 1152 2026 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf | PS 1152 2026 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | PS 1152 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf | PS 1152 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

# PAGOSIMPLE | Pago a las Administradoras

**Fecha Creación Reporte:** 2026-09-09, 11:18:00 AM **Tipo Planilla:** I: Planilla independientes **Número Planilla:** 1085048237

**Periodo Cotización:** agosto de 2026

**Periodo Servicio:** agosto de 2026

## PAGADO 09/09/2026

### Datos del Aportante

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LUZ MERCY SANCHEZ ALBANIL | | |
| **Documento** | CC39666775 | **Dirección** | CRA 72 B No. 02 08 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 2656395 |
| **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 | $ 400.000 | $ 0 | $ 400.000 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 60.900 | $ 0 | $ 60.900 |
| N830113831 | EPS001 | ALIANSALUD | 1 | $ 312.500 | $ 0 | $ 312.500 |
| Total Pagado | | | | $ 773.400 | $ 0 | $ 773.400 |



**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: (30-09-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **LUZ MERCY SANCHEZ ALBAÑIL** | | | **CC:** | **39666775** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **LUZMERCYTERAPIAS@HOTMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3112123801** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CRA 72 B NO 02 08** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCOLOMBIA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **05352739318** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1152 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 3.363.360** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/10/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30** | | | | |

*LUZ MERCY SANCHEZ ALBAÑIL*
*PS_1152_2026_CAC264*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**LUZ MERCY SANCHEZ ALBAÑIL**
**CC: 39666775**
**CEL: 3112123801**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **LUZ MERCY SANCHEZ ALBAÑIL** | | | |
| | **CON C.C N°** | **39.666.775** | |
| **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 1152 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 14.894.880 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **168** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 32.912.880 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.363.360 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | NUEVE (9) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **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 | 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 |
| 2 | 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. |
| 3 | 5.TERAPIAS RESPIRATORIA DEL MES DE SEPTIEMBRE SEGÚN LO QUE ME CORRESPONDA |
| 4 | 6. ENTREGA DE INFORME DE PRODUCCIÓN MENSUAL (5/9/2026), ENTREGA DE OBJETIVOS (5/9/2026) DILIGENCIAMIENTO DE DRIVES (5/9/2026) |
| 5 | 7. REALIZÓ REGISTRO COMPLETO Y CON CALIDAD DE CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y LOS DEFINIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. |
| 6 | 9.GARANTIZAR LA PRIVACIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE |
| 7 | 11. SE REPORTAN SUCESOS DE SEGURIDAD POR LOS MECANISMOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE. |
| 8 | 22.CUMPLI CON ACCIONE DE MEJORA. |
| 9 | 23. CUMPLÍ CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN |

**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° 1085048237 | OPERADOR: | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | ALIANSALUD | 2026/09/09 | $ 312.500 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/09/09 | $ 400.000 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/09/09 | $ 60.900 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 773.400 |

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** | *LUZ MERCY SANCHEZ ALBAÑIL*<br>*PS_1152_2026_CAC264*<br>**LUZ MERCY SANCHEZ ALBAÑIL**<br>**CC: 39666775** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *ANGELA MARIA MENDOZA MESA*<br>*PS_1152_2026_CAC264*<br>**ANGELA MARIA MENDOZA MESA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |