



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-10-20, 10:17:49 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1075636912 Referencia pago(PIN) 8810547747

Periodo Cotización 202509 Periodo Servicio 202509

Cliente:

PAGADA 2025-10-12 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ						
Documento	CC 52931267			Dirección	CRA 68 D 54A 80 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3013716436		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52931267		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					BUSTOS LOPEZ ANDREA CAROLINA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPTS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
															0	30	30	30	30																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				</

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 252.000	\$ 0	\$ 0	\$ 196.900	\$ 38.400	\$ 31.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

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

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		
☐	PS 1451 2025 - CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1451 2025 - CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1451 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1451 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1451 2025 - CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 1451 2025 - CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1451 2025 - CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 1451 2025 - CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1451 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1451 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1451 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1451 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1451 2025 CRP-6112.pdf	1 PS 1451 2025 CRP-6112.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1451 2025 CRP-15663.pdf	2 PS 1451 2025 CRP-15663.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1451 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1451 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1451 2025 CRP-19722.pdf	3 PS 1451 2025 CRP-19722.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1451 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1451 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SECOP ANDREA SEPT.pdf	SECOP ANDREA SEPT.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1451 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1451 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
				Borrar	Cargar nuevo

		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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ			CC:	52931267
CORREO ELECTRÓNICO:	ANDREA.CAROLINA.BL@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3013716436
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 68 D 54 A SUR 80			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	462370019798
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1451 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.709.728	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
<div><div>ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ PS_1451_2025_C23E8F</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ CC: 52931267 CEL: 3013716436</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ

CON C.C N°

52.931.267

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1451 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.838.912	No. HORAS EJECUTADAS	198
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 37.322.112	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.709.728
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ

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	Ejecutar acciones de revisión y seguimiento a la labor de Trabajo Social, con asistencia y participación en COVES
2	Verificación de la historia clínica como soporte fundamental para la gestión social, permitiendo un abordaje integral de los casos, la identificación oportuna de necesidades y la articulación de respuestas interstitucionales.
3	Fortalecer la trazabilidad, la calidad en la atención y el cumplimiento de los lineamientos institucionales.
4	Apoyo técnico-administrativo para la gestión financiera y el fortalecimiento institucional
5	Seguimiento a estancias hospitalarias prolongadas, el acceso al aseguramiento y la identificación de barreras en la atención participando activamente en las mesas de conciliación glosas, el seguimiento a cuentas médicas y la atención de compromisos derivados de auditorías y procesos de acreditación
6	Brindar soporte técnico y seguimiento administrativo, con especial énfasis en la oportuna y en efectiva respuesta a los correos electrónicos emitidos por las áreas de autorizaciones y facturación que reportan dificultades y novedades en el aseguramiento en salud de pacientes particulares de la Subred, facilitando soluciones articuladas y garantizando la trazabilidad de cada caso.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1075636912	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/12	\$ 196.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/12	\$ 252.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/12	\$ 38.400
OTRO			

TOTAL PAGADO		\$ 487.300
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	<div><div>ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ</div><div>PS_1451_2025_C23E8F</div></div> <div>ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ</div> <div>CC: 52931267</div>	
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN</div><div>PS_1451_2025_C23E8F</div></div> <div>WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN</div> <div>SUPERVISOR ALTERNO</div>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ</div><div>PS_1451_2025_C23E8F</div></div> <div>SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>	