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: (30-11-2025)					
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					
Nº 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:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ
PS_1451_2025_9CFDEA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ
CC: 52931267
CEL: 3013716436

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			
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:	$ 41.031.840	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.709.728
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES		

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	REALIZÉ LA ORIENTACION, DIRECCIONAMIENTO Y/O ACLARACIONES ACERCA DE TRAMITES ADMINISTRATIVOS NECESARIOS PARA RECIBIR ATENCION EN SALUD
2	REALIZÉ EL INGRESO Y ACTUALIZACION PERMANENTE EN BASE DE DATOS INTERNA DE PACIENTES EN ABANDONO SOCIAL, POBLACION EXTRANJERA, HABITANTE DE CALLE, PACIENTES PROGRAMADOS MADRE CANGURO, Y ESTUDIOS SOCIALES DE CASO QUE SE LLEVEN A CABO, MEDIANTE LA GESTION REALIZADA DESDE EL AREA DE TRABAJO SOCIAL
3	REALIZÉ CENSO DIARIO EN LOS SERVICIOS ASIGNADOS E IDENTIFICAR PACIENTES EN CONDICION DE VULNERABILIDAD Y/O CON RIESGO SOCIAL Y EN CONDICION DE ABANDONO SOCIAL PARA REALIZAR ENTREVISTA SOCIAL VERIFICANDO REDES DE APOYO FAMILIAR, INSTITUCIONAL Y/O SOCIALES DATOS DE CONTACTO (TELEFONICOS Y DE DOMICILIO), ASEGURAMIENTO, DESCRIBIENDO LA SITUACION ENCONTRADA DURANTE LA INTERVENCION, CON NOTIFICACION A ENTES COMPETENTES. REALIZAR SEGUIMIENTO, EVOLUCION Y UBICACION DE PACIENTES IDENTIFICADOS EN CONDICION DE ABANDONO SOCIAL EN LAS USS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E REALIZANDO CONTACTO CON SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL Y/O ENTIDADES QUE RECIBAN ESTA POBLACION. REALIZAR REGISTRO DE LA GESTION EN LA HISTORIA CLINICA CON LOS DEBIDOS SOPORTES.
4	REALIZÉ LA COORDINACION INTER-INSTITUCIONAL, SOLICITUD Y TRASLADO EN VEHICULO INSTITUCIONAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES PARA RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS REQUERIDA ARTICULANDO ACCIONES CON LOS ENTES COMPETENTES TALES COMO: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF), COMISARIAS, REGISTRADORAS, POLICIA NACIONAL Y/O DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA
5	REALIZÉ LA SOLICITUD DE OXIGENO DOMICILIARIO PARA USUARIOS Y PACIENTES QUE ASI LO REQUIERAN MEDIANTE DIAGNOSTICO Y AUTORIZACION MEDICA
6	REALIZÉ LOS TRAMITES RESPECTIVOS PARA HABITANTE DE CALLE SIN CERTIFICAR, PACIENTES INDOCUMENTADOS, PACIENTES EXTRANJEROS SEGUN CADA CASO, DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIVIM, DE IGUAL MODO LA GESTION DE IDENTIFICACION DE LOS PACIENTES FALLECIDOS EN LAS DIFERENTES USS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
7	HICE SEGUIMIENTO A GESTANTES CON DIFICULTADES ADMINISTRATIVAS POR AFILIACION EN OTROS MUNICIPIOS, REALIZANDO LA ORIENTACION RESPECTIVA.
8	REALIZÉ EL INGRESO EN EL APLICATIVO CUENTANOS BOGOTA DE ORIENTACIONES GRUPALES Y DE BARRERAS DE ACCESO Y ESTUDIOS SOCIALES DE CASO, IDENTIFICADAS DURANTE LA GESTION DIARIA, CON EL FIN DE EVALUAR LAS DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD QUE PUEDEN PRESENTAR LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1076397749	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/11	$ 196.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/11	$ 252.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/11	$ 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	*ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ* *PS_1451_2025_9CFDEA* **ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ** **CC: 52931267**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1451_2025_9CFDEA* **WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1451_2025_9CFDEA* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-19, 09:40:24 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1076397749 **Referencia pago(PIN)** 8810547747

Periodo Cotización 202510 **Periodo Servicio** 202510

Cliente:

PAGADA 2025-11-11

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	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	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			$ 1.574.824	25-14		16 %	$ 1.574.824	$ 252.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.574.824	$ 196.900	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1.574.824	$ 38.400	CCF24	2 %	$ 1.574.824	$ 31.500	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	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	$ 518.800

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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
☐	PS 1451 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 ANDREA BUSTOS LOPEZ.pdf	PS 1451 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 ANDREA BUSTOS LOPEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >