

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

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:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ
PS_1451_2025_B7E65D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ

CC: 52931267

CEL: 3013716436

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:	\$ 52.161.024	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.709.728
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
--	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES
-------------------------------	-----------------------------

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. Realice 11 orientaciones, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en salud. |
| 2 | 2. Realicé el apoyo técnico-administrativo en el seguimiento a estancias prolongadas y participé en mesas de conciliación de glosas y auditorías, total de 11 casos seguidos. |
| 3 | 3. Realicé el soporte técnico y seguimiento administrativo mediante la gestión y respuesta oportuna a los correos electrónicos de las áreas de autorizaciones y facturación, resolviendo novedades de aseguramiento en pacientes particulares. Total: 130 correos gestionados / 130 casos con solución articulada |
| 4 | 4. Realicé el censo diario y ejecuté entrevistas sociales a pacientes en condición de vulnerabilidad o abandono, notificando a entes competentes. Total: 0 censos / entrevistas. |
| 5 | 5. Realicé la coordinación interinstitucional y el traslado de niños, niñas y adolescentes para el restablecimiento de sus derechos con ICBF y Policía. Total: 0 traslados realizados. |
| 6 | 6. Realicé acciones de revisión a la labor de Trabajo Social, asistiendo a COVES y verificando la calidad del registro en historias clínicas. Total: 13 historias auditadas |
| 7 | 7. Realicé apoyo para los trámites de identificación para habitantes de calle, extranjeros y pacientes fallecidos, incluyendo el diligenciamiento de fichas SIVIM. Total: 1 trámite gestionado. |
| 8 | 8. Realicé el seguimiento y orientación administrativa a gestantes con dificultades de afiliación en otros municipios Total: 1 gestante apoyada. |
| 9 | 9. Realicé la consulta social integral a los pacientes remitidos por el área médica de la Subred. Total: 0 interconsultas |
| 10 | 10. Realicé la participación en cursos y capacitaciones (virtuales y presenciales) programados para el fortalecimiento de competencias. Total: 0 ya que este mes no se presentaron cursos. |
| 11 | 11. Realice búsqueda de datos de contacto y ubicación en la historia clínica en las diferentes notas que intervienen al paciente. Total de 11 casos seguidos |
| 12 | 12. Participo en los procesos de fortalecimiento de competencias a través de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por La Subred Integrada De Servicios De Salud Centro Oriente E.S.E. |
| 13 | asistí a los espacios de fortalecimiento convocados por la Oficina De Participación Comunitaria Y Servicio Al Ciudadano Y La Subred Integrada De Servicios De Salud Centro Oriente E.S.E. |
| 14 | 14. apoye los subprocesos teniendo en cuenta las necesidades propias de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano. |
| 15 | Garanticé la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales. |
| 16 | Cumplí con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales que conforman la Subred Integrada De Servicios De Salud Centro Oriente E.S.E. |
| 17 | Porté visiblemente los elementos institucionales y mantener una adecuada presentación personal dando cumplimiento a los manuales y procedimientos de la Oficina Y De La Subred Integrada De Servicios De Salud Centro Oriente E.S.E. |
| 18 | 18. Realicé las demás obligaciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual e indicadas por el supervisor de acuerdo con las necesidades de los servicios en las diferentes unidades de la subred |

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

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1077927299	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/01/07	\$ 196.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/07	\$ 252.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/07	\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pensión, 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	 <p><i>ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ</i> PS_1451_2025_B7E65D</p> <hr/> <p>ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ CC: 52931267</p>
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN</i> PS_1451_2025_B7E65D</p> <hr/> <p>WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN SUPERVISOR ALTERNO</p>
------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES</i> PS_1451_2025_B7E65D</p> <hr/> <p>ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	--



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-01-30, 12:20:43 PM Tipo Planilla | Número Planilla 1077927299 Referencia pago(PIN) 8810547747
 Periodo Cotización 202512 Periodo Servicio 202512
 Cliente:

PAGADA 2026-01-07 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
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
		Total Afiliados	1

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	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT				IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias AFP	Dias CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	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
															0	30	30	30			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 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	

