

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	HELBERT DIDACIO BUSTOS HERNANDEZ		CC:	79876180	
CORREO ELECTRÓNICO:	HELBERTBUSTOS@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3118694878	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 76 81J 37		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102641768

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6167 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.143.560
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



HELBERT DIDACIO BUSTOS HERNANDEZ

PS\_6167\_2025\_D1B040

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

HELBERT DIDACIO BUSTOS HERNANDEZ

CC: 79876180

CEL: 3118694878

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**  
**HELBERT DIDACIO BUSTOS HERNANDEZ**

**CON C.C N°** **79.876.180**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** **PS 6167 2025** **FECHA INICIO CONTRATO** **2025/08/06**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 2.724.419 **No. HORAS EJECUTADAS** **0**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 21.585.779 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 3.143.560

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** SEIS (6) MESES

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

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

**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)**

**ITEM** 1 "1. Descargué los reportes necesarios para el seguimiento a la parametrización en el sistema de información DGH  
 2. Realicé las modificaciones en las tarifas según la contratación con la ERP y lo reportado por las personas encargadas 3. Desde mi proceso de parametrización reporté las novedades y realicé las modificaciones solicitadas por las personas encargadas del proceso de devoluciones 4. Realicé la creación y parametrización de cada plantilla de los planes de beneficios reportados por el área de contratación 5. Socialicé a los profesionales de otras áreas las novedades encontradas durante el proceso de seguimiento a parametrización y seguimiento a la matriz de contratación 6. Apoyé los diferentes procesos dentro del área de facturación (refacturación, auditoria, seguimientos) 7. generé la refacturación de lo solicitado por el área de cuentas médicas 8. Reporté al área de sistemas las novedades presentadas por diferentes colaboradores de facturación 9. Asistí a dos reuniones y las capacitaciones del área de auditoria y sistemas"

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	<b>N° 1077907066</b>	<b>OPERADOR:</b>	<b>SIMPLE</b>
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	SANITAS	2026/01/06	\$ 178.000
<b>PENSIÓN:</b>	PROTECCION	2026/01/06	\$ 227.800
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/06	\$ 34.700
<b>OTRO</b>			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.500</b>

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 ibr 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, 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**



*HELBERT DIDACIO BUSTOS HERNANDEZ*

*PS\_6167\_2025\_D1B040*

**HELBERT DIDACIO BUSTOS HERNANDEZ**

**CC: 79876180**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*YAMILE CANO HERRERA*

*PS\_6167\_2025\_D1B040*

**YAMILE CANO HERRERA**

**SUPERVISOR ALTERNO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ*

*PS\_6167\_2025\_D1B040*

**ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**





Buscar...

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](#)

**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		
<input type="checkbox"/>	PS 6167 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 6167 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 6167 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 6167 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 6167 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6167 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 6167 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6167 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 6167 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 6167 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal

