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: (31-07-2026)					
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					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1928 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.723.720**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ
PS_1928_2026_D235D9

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 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 1928 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.342.320	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.723.720
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA		
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	1. Apoyé la activación atención, orientación y gestión 0 rutas de integral en salud para casos de violencia (física, sexual, de género), conflicto armado, intentos de suicidio y enfermedades transmisibles, garantizando el enfoque diferencial.
2	. Gestioné 0 interconsultas por riesgo psicosocial y determinantes sociales de la salud, asegurando su registro en la historia clínica, trazabilidad y articulación interinstitucional
3	Apoyé la verificación y seguimiento del estado de aseguramiento en el SGSSS de 2 pacientes con novedades (mora o retiro según Decreto 616 de 2022) y gestioné sus encuestas SISBÉN Apoyé la verificación y seguimiento del estado de aseguramiento en el SGSSS de 2 pacientes con novedades (mora o retiro según Decreto 616 de 2022) y gestioné sus encuestas SISBÉN
4	Lideré la gestión social de 0 pacientes en condición de abandono, realizando caracterizaciones, informes sociales, visitas domiciliarias y búsqueda de cupos institucionales.
5	Elaboré y realicé el seguimiento de 10 estudios sociales de caso a población migrante irregular, brindando la orientación necesaria para su regularización en el país.
6	Diligencié y actualicé 0 historias clínicas y registros (Ficha SIVIM, Test APGAR, bases de datos de abandono y población Embera) con estricto cumplimiento de la normativa de salud pública.
7	Realicé el seguimiento a 6 registros de historia clínica y actuaciones del equipo de trabajo social para eliminar barreras de acceso y gestionar estancias hospitalarias prolongadas.
8	Participé en 15 Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE) de pacientes fallecidos, aportando el componente técnico desde el área de trabajo social.
9	Apoyé la revisión y resolución de 32 glosas y cuentas médicas ante el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS), asegurando el cumplimiento de los lineamientos institucionales.
10	Gestioné administrativamente la eliminación de barreras en la atención de 98 pacientes (FFDS y particulares), facilitando la resolución de sus cuentas médicas.
11	Brindé apoyo técnico y administrativo en 3 procesos de auditoría interna, calidad del dato y acreditación en salud para la oficina de participación comunitaria.
12	Asistí a 5 comités asistenciales y espacios de articulación, presentando los informes técnicos requeridos por la supervisión del contrato.
13	Gestioné la identificación de 2 pacientes sin documentación o "NN puros" mediante la articulación con la Registraduría, Medicina Legal y Migración Colombia
14	Acompañado 0 traslados interinstitucionales hacia el ICBF, Comisarías de Familia y Fiscalía, velando por la protección de los derechos de los pacientes.
15	Articulé la entrega de medicamentos formulados a 0 pacientes en hogares sustitutos o instituciones de protección sin red de apoyo familiar.
16	Brindé atención psicosocial y contención emocional a 0 pacientes y familias en crisis durante procesos clínicos y administrativos.
17	Desarrollé 0 actividades informativas y de sensibilización dirigidas a usuarios y colaboradores sobre las funciones de la oficina de participación comunitaria.
18	Garanticé la reserva y protección de datos personales en el 100% de las intervenciones realizadas, bajo los protocolos de la Subred.
19	Participé en 1 reuniones de fortalecimiento y capacitaciones convocadas por la oficina de participación comunitaria y la Subred Centro Oriente.
20	Apoyé subprocesos administrativos según las necesidades del servicio y los requerimientos de la oficina.
21	Cumplí con la totalidad de las obligaciones contractuales en los tiempos estipulados y en los diferentes centros de salud de la Subred.

22	Porté permanentemente la identificación institucional y mantuve la presentación personal requerida por los manuales de la entidad.
23	Ejecuté las demás obligaciones derivadas del objeto contractual y contenidas en el formato de necesidad de personal.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1082683830	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/07/11	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/11	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/11	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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_1928_2026_D235D9* **ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ** **CC: 52931267**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1928_2026_D235D9* **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_1928_2026_D235D9* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**
