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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ESTEFANIA CANO CAÑON**			**CC:**	**1053773165**
CORREO ELECTRÓNICO:	**estefa86@hotmail.es**			**TELÉFONO:**	**3209441482**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 36 F SUR 2 11**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**8400703248**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1453 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.709.728**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

ESTEFANIA CANO CAÑON
PS_1453_2025_9ED799

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ESTEFANIA CANO CAÑON
CC: 1053773165
CEL: 3209441482

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			
ESTEFANIA CANO CAÑON			
	CON C.C N°	**1.053.773.165**	
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 1453 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.838.912	**No. HORAS EJECUTADAS**	**198**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 48.563.712	**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		

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. Sensibilicé a (*36*) Usuarios y familias sobre derechos y deberes Salud, protocolos de ingreso/egreso, (*12*) Usuarios y familias sobre el Nuevo Modelo de Salud: Más Bienestar, (*15*) funcionarios sobre temáticas propias de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano y realicé (*3*) encuestas de Derechos y Deberes a Funcionarios, Usuarios y Familia y a Personal Tercerizado.
2	2. "Ejecuté (*10*) acciones de orientación y aclaración de trámites administrativos ante la EPS/IPS, facilitando el direccionamiento de los usuarios para la recepción de atención médica sin barreras administrativas."
3	3. "Suministré y actualicé de manera oportuna la información en la base de datos institucional, garantizando el seguimiento sistemático de la población vulnerable y el registro detallado de (*5*) estudios sociales de caso adelantados durante el periodo."
4	4. Realicé el censo diario en los servicios asignados, logrando la identificación oportuna de pacientes en condición de vulnerabilidad, riesgo social o abandono.
5	5. Efectué (*12*) entrevistas sociales para verificar redes de apoyo y aseguramiento, notificando los casos a los entes competentes y gestionando la ubicación de pacientes en abandono ante la Secretaría Distrital de Integración Social; todas las intervenciones fueron debidamente evolucionadas y soportadas en la historia clínica."
6	6. "Coordiné y ejecuté (*0*) traslados interinstitucional de niños, niñas y adolescentes en vehículo institucional para el restablecimiento de sus derechos, articulando acciones efectivas con entes competentes como el ICBF, Comisarías de Familia y Policía de Infancia y Adolescencia, garantizando el cumplimiento de los protocolos de protección vigentes."
7	7. "Gestioné y tramité de manera oportuna (*2*) solicitudes de oxígeno domiciliario para los usuarios que contaban con diagnóstico y autorización médica, asegurando la continuidad del tratamiento respiratorio y facilitando el proceso de egreso hospitalario."
8	8. "Adelanté (*15*) trámites administrativos para la atención de habitantes de calle no certificados, pacientes indocumentados y extranjeros, según la particularidad de cada caso.
9	9. diligencié (*0*) fichas SIVIM correspondientes y gestioné los procesos de identificación de pacientes fallecidos en las diversas USS de la Subred Centro Oriente, garantizando el cumplimiento de los protocolos legales vigentes."
10	10. Realicé el cargué de (*25*) registros en el aplicativo "SI Cuéntanos Bogotá" conforme a las barreras de acceso identificadas.
11	11. "Realicé (*190*) seguimiento y acompañamiento a pacientes con barreras administrativas derivadas de su afiliación en otros municipios, brindando la orientación necesaria para normalizar su estado prestacional y asegurar la continuidad de su atención prenatal en la Subred."
12	12. "Realicé (*0*) consultas sociales de los pacientes remitidos por el área médica, efectuando la valoración integral de sus determinantes sociales para aportar una visión interdisciplinaria al plan de tratamiento institucional."
13	13. "Asistí y cumplí con el plan de curso (*2*) establecido por la Subred Centro Oriente, logrando el desarrollo de nuevas competencias profesionales para la optimización de los procesos del área de Trabajo Social."
14	14. "Asistí y participé en (*1*) espacios de fortalecimiento convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, contribuyendo a la articulación entre la Subred y la comunidad para la mejora

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9496222182	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/10	$ 191.200
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/10	$ 244.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	$ 37.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 473.200

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	*ESTEFANIA CANO CAÑON* *PS_1453_2025_9ED799* **ESTEFANIA CANO CAÑON** **CC: 1053773165**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1453_2025_9ED799* **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_1453_2025_9ED799* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1053773165		CANO CAÑON ESTEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 36 f sur 2 11 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3209441482	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	93701382	9496222182	I	2025/12/16	2025/12/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$503,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,528,858	$244,700			$1,528,858	$191,200			$1,528,858	$30,600			$1,528,858	$37,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,528,858	$244,700			$1,528,858	$191,200			$1,528,858	$30,600			$1,528,858	$37,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,528,858	$244,700			$1,528,858	$191,200			$1,528,858	$30,600			$1,528,858	$37,300		$0	$0
1	CC	1053773165	CANO ESTEFANIA	230201	30	$1,528,858	$244,700	EPS005	30	$1,528,858	$191,200	CCF24	30	$1,528,858	$30,600	14-11	30	$1,528,858	$37,300	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,528,858	$244,700			$1,528,858	$191,200			$1,528,858	$30,600			$1,528,858	$37,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1053773165		CANO CAÑON ESTEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 36 f sur 2 11 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3209441482	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	93701382	9496222182	I	2025/12/16	2025/12/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$503,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$244,700	$0	$0	$244,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$244,700	$0	$0	$244,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,300	$0	$0	$37,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$37,300	$0	$0	$37,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,600	$0	$0	$30,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$30,600	$0	$0	$30,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$191,200	$0	$0	$191,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$191,200	$0	$0	$191,200
TOTAL				1	$503,800	$0	$0	$503,800