208

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 – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5573 2022	C.D.P. No.:	2102
Proceso que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC		
Servicio al que pertenece:	ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIO		
Unidad a la que pertenece:	SAN JOSE OBRERO		
Nombre del Contratista:	MAYBETH CORTINA ROMERO	C.C.	1.143.121.527 de: BARRANQUILLA
Fecha Inicio:	2022-08-01	Fecha Terminación inicial:	2022-08-15
Valor Mensual:	$ 3,736,488	Valor a cobrar:	$ 3,736,488

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 746,944	2575	2022-08-16	2022-08-21
2	$ 2,116,343	2638	2022-08-22	2022-09-08
3	$ 5,354,279	2814	2022-09-09	2022-09-30
4	$ 3,736,488	3097	2022-10-01	2022-10-31
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	AGOSTO 2022	$ 3,736,488			
2	SEPTIEMBRE 2022	$ 1,807,323	$ 463,600	61750472	9/9/2022
3					
4	OCTUBRE 2022	$ 3,736,488	$ 309,400	62487857	10/10/2022
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2,490,992	$ 14,445,046	$ 9,280,299	$ 5,164,747

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS A LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2022-10-01 Hasta: 2022-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Intervenciones breves y asesoría en salud sexualidadl y reproductiva que incluye la entrega de preservativos.	Fomentando la importancia de la salud sexual y reproductiva, deberes y derechos funadmentales de la sexualidad	FORMATO DE INSUMOS
2	Las asesorías pretest y post test para pruebas rápidas presuntivas para VIH, Sífilis,Hepatitis B y prueba confirmatoria de VIH	Consientizando al no compartimiento de agujas y objetos cortapunzantes que violen su integridad y riesgo de contagio.	CONSENTIMIENTO INFORMADO
3	Identificación de síntomático respiratorio según lo definido en la normatividad (para el periodo en referencia en el marco de COVID 19 se tendrá en cuenta los lineamientos nacionales en los cuales se especifican el tipo de casos.)	El Seguimiento de casos de resultados reactivos para VIH y positivos para Sífilis y hepatitis B ; es importante tener en cuenta que, como mínimo, se debe lograr el 80 % de la efectividad frente a la respuesta en salud de los casos.	FICHA SIVIGILA
4	Realización de intervención breve ligada a los resultados obtenidos de la identificación del riesgo de la población que es intervenida en los Puntos de Intervención Integral para el abordaje de personas que se inyecìan drogas – PID.	la dinamica propia de la poblacion Habitante de Calle es importante establecer articulación permanente con Secretaría Distrital de Integración Social para los espacios de tamización y la canalización inmediata acorde a los resultados. El reporte	FORMATO DE CANALIZACION
5	Asesoría en salud sexual y reproductiva.	Implementando folleto manual de siferentes formas de cuidarnos en el momento de mantener relaciones sexuales.	FORMATO SSR
6	Asesoría en inyección de menor riesgo y prevención de sobredosis ligada a entrega de materia higiénico (Kit).	entrega de kit primario.	FORMATO DE INSUMOS
7	Realización de encuentros comunitarios	actividades relacionadas con diferentes temas enfocados a cada necesidad	Soportes fotograficos , listados de asistencia

Observaciones:	Firma del Contratista
Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.	C.C. 1.143.122.527 de BARRANQUILLA

SUPERVISOR DE CONTRATO I			
NOMBRE:	MARTHA PATRICIA APONTE B.	NOMBRE:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
CARGO:	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO CODIGO 242 GRADO 27
FIRMA		FIRMA	

NOMBRE REFERENTE ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIO	CAROLINA NARVAEZ CHAMORRO	NOMBRE DEL LIDER DE PROCESO Y /O PROFESIONAL DE APOYO	ANDRÉS VERA HERRERA
FIRMA DEL SUPERVISOR Y APROBACIÓN POR PARTE DEL LIDER DE ENTORNO		FIRMA DE REVISION Y APROVACIÓN POR PARTE DEL LIDER DE PROCESO O PROFESIONAL DE APOYO / ENTONO / ESTRATEGIA	

Cuenta de cobro 003-2022

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit.900.959.051-7

DEBE A:
MAYBETH CORTINA ROMERO
CC. 1.143.122.527 DE BARRANQUILLA

LA SUMA DE:

TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS (3.736.488)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 5573 2022 correspondiente al mes del 01 al 31 de octubre del 2022.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS A LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

MAYBETH CORTINA ROMERO
C.C.1.143.122.527
Teléfono: 3135644718
Dirección: KR 90 A 8 – 10
N° 0550488408187888 de Cuenta ahorros Davivienda

Fecha: 31/ Octubre /2022

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1143122527	MAYBETH CORTINA ROMERO	Cra 90A NO. 8-10 Torre 5 Apto 319	4630784	cortinamay@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-09	2022-09	I	10/10/2022	62487857	$310.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	125.000	0		0		0	3	400	0	125.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	3	500	0	160.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	24.400				24.400	3	100	24.500			244	24.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	125.000	125.400
Pensión	1	160.000	160.500
Riesgos Laborales	1	24.400	24.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	310.400

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1143122527	MAYBETH CORTINA ROMERO	Cra 90A NO. 8-10 Torre 5 Apto 319	4630784	cortinamay@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-09	2022-09	I	10/10/2022	62487857	$310.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Enviando	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1143122527	CORTINA ROMERO MAYBETH	59	0			N								X									230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS005	1.000.000	125.000	14-11	1.000.000	3	24.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1698987171

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
10/10/2022

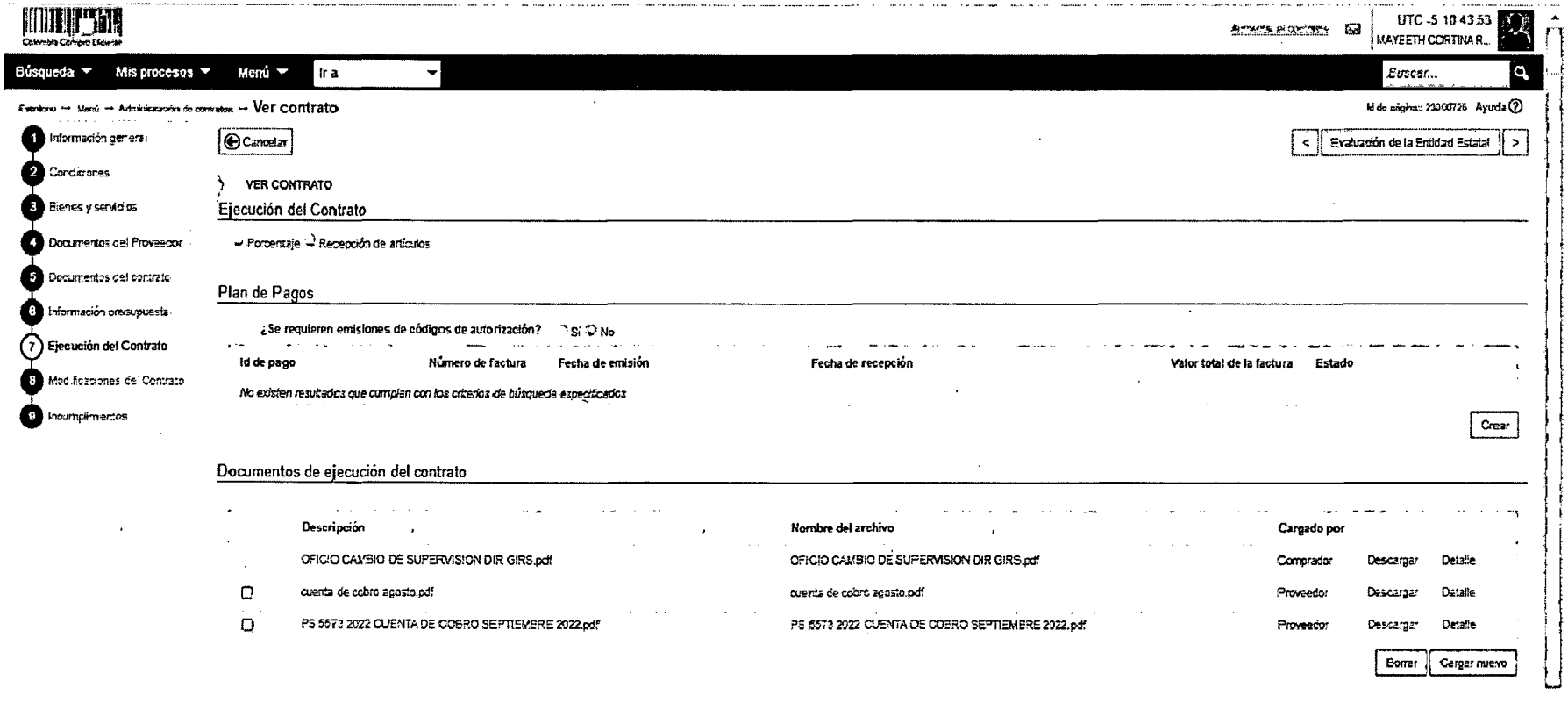
Número de aprobación
00987171

Dirección IP
191.156.183.34

Valor transacción
$ 310.400,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
191.156.190.173	CC	1143122527

VERIFIED Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

DAVIVIENDA

SOPORTE DE CARGUE DE CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2022 EN SECOP PS 5573 2022