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 COMUNITARIO | | |
| Unidad a la que pertenece: | SAN JOSE OBRERO | | |
| Nombre del Contratista: | MAYBETH CORTINA ROMERO | C.C. | 1.143.122.527 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 | $ 3.736.488 | 3524 | 2022-11-01 | 2022-11-30 |
| 6 | $ 10.000 | 3793 | 2022-12-01 | 2022-12-15 |
| 7 | $ 5.604.732 | 4008 | 2022-12-16 | 2023-01-31 |
| 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 | 61756472 | 9/09/2022 |
| 3 | | | | | |
| 4 | OCTUBRE 2022 | $ 3.736.488 | $ 310.400 | 62487857 | 10/10/2022 |
| 5 | NOVIEMBRE 2022 | $ 3.736.488 | $ 462.600 | 63135446 | 8/11/2022 |
| 6 | DICIEMBRE 2022 | $ 3.736.488 | $ 462.600 | 63767497 | 5/12/2022 |
| 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 | $ 23.796.266 | $ 16.753.275 | $ 7.042.991 |

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

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2022-12-01 Hasta: 2022-12-31

| | 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 sintomático 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 inyectan 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 |

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**

| **Observaciones:** | |
|---|---|
| **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. | Firma del Contratista<br>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<br>CODGI 242<br>GRADO 27 |
| FIRMA | | FIRMA | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE<br>REFERENTE<br>ENTORNO<br>CUIDADOR<br>COMUNITARIO | CAROLINA NARVAEZ CHAMORRO | NOMBRE DEL LIDER DE PROCESO Y /O PROFESIONAL DE APOYO | JOSE ANTONIO ROMERO VILLARREAL |
| 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 005-2022**

# 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:**

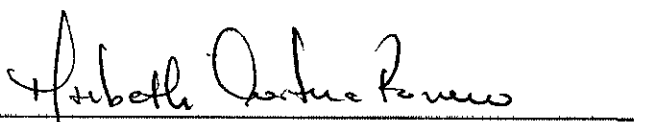
**Tres millones setecientos treinta y seis mil cuatrocientos ochenta y ocho pesos (3.736.488)**

Por concepto de:

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

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED 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/ Diciembre/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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2022-11 | 2022-11 | I | 05/12/2022 | 63787497 | $462.600 | |

## 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 | 186.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 186.900 | 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 | 239.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 239.200 | 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 | 800903790-6 | 36.500 | | | | 36.500 | 0 | 0 | 36.500 | | | 365 | 36.500 | 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 | 186.900 | 186.900 |
| Pensión | 1 | 239.200 | 239.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 36.500 | 36.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 462.600 | 462.600 |

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 | |
| 2022-11 | 2022-11 | 1 | 05/12/2022 | 63767497 | $462.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colombiano en el exterior | Pensionado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | COR | RELACIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario a 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 | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.494.600 | 239.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.494.600 | 186.900 | 14-11 | 1.494.600 | II | 36.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

# Pagos PSE de Nequi

## Pago Realizado

Descripción

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda
COMPENSAR-OI

Referencia de pago
1792514620

Precio
$462,600

Número de referencia 1
186.86.33.14

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1143122527

¿De donde salió tu plata?

Disponible

Entendido

Imprimir

¿Tienes alguna pregunta?

Teléfono
300-600-01-00 (tel:3006000100)

Mail
escribe@nequi.co ()

SOPORTE DE CARGUE DE CUENTA DE COBRO MES DE NOVIEMBRE 2022 SECOOP PS 5573 2022

