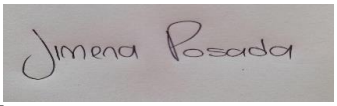
LA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
NIT 890.980.840-3
ITUANGO – ANTIOQUIA
Carrera Quindío # 25 – 54 – TELÉFONO: 864 3185
DEBE A: JIMENA POSADA MESA
CUENTA DE COBRO N° 6

CIUDAD: Ituango	**FECHA:**	30 de AGOSTO
PRESTADOR:	**Jimena Posada Mesa**	
IDENTIFICACIÓN:	1193575628	
DIRECCIÓN:	Calle SAN ROQUE	
CELULAR:	3206696112	
CORREO ELECTRÓNICO:	JIMENAPOSADAM@GMAIL,COM	
PERÍODO DE COBRO:	Del 01 al 30 de AGOSTO de 2024	

OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS No. EBS20230306		
Ejecutar actividades como Auxiliar de enfermería de los Equipos Básicos de Atención en Salud de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Ituango y la ejecución de las actividades contempladas en los lineamientos para el fortalecimiento del nivel primario basado en Atención Primaria en Salud con los recursos destinados desde el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la resolución 2153 de 2023.		
Favor consignar en cuenta de Ahorros Bancolombia Nro. 31636214810 a nombre de *JIMENA POSADA MESA*		
	Valor	$ 3,000.000

En cumplimiento al artículo 383 Estatuto Tributario y con el fin de establecer la clasificación tributaria para efectos de retención en la fuente del presente contrato, declaro bajo gravedad de juramento que no tengo contratados o vinculados 2 (Dos) o más trabajadores y que cumpliré con mis obligaciones frente al sistema de seguridad social, cotizando lo correspondiente al presente contrato y por el período respectivo.

Anexos: Informe de actividades y comprobante de pago de seguridad social



Nombre completo: JIMENA POSADA MESA

CC 1193575628 de Ituango Antioquia.
Contratista

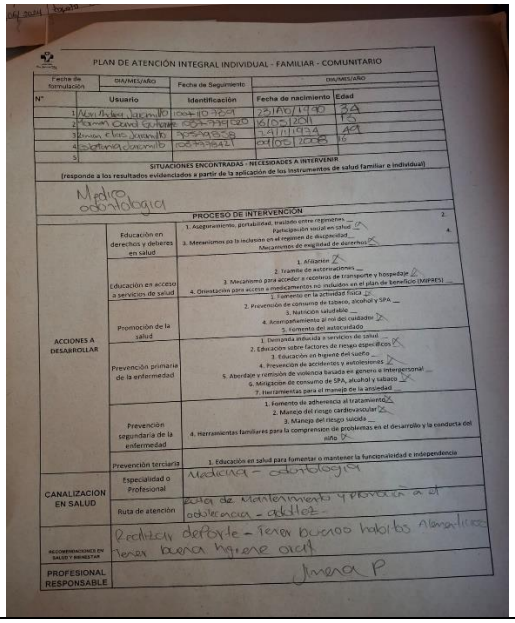
Ituango, 30 de junio de 2024

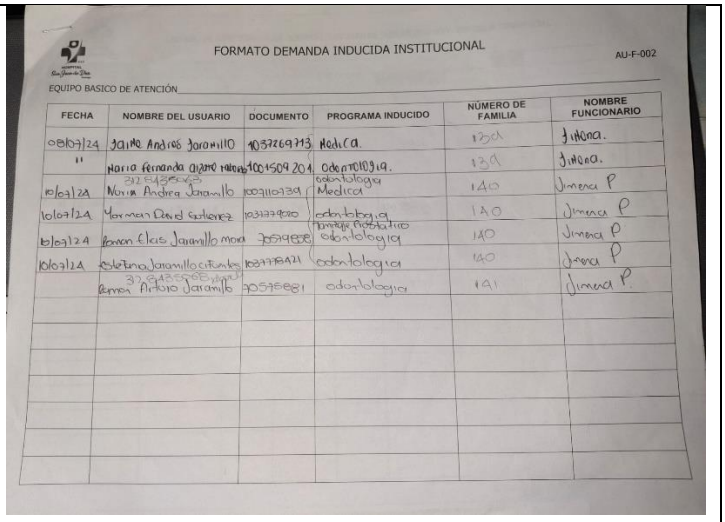
INFORME DE ACTIVIDADES No 5

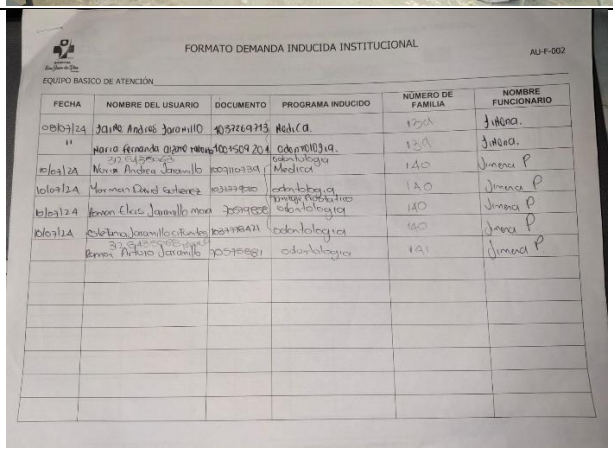
30 de julio de 2024

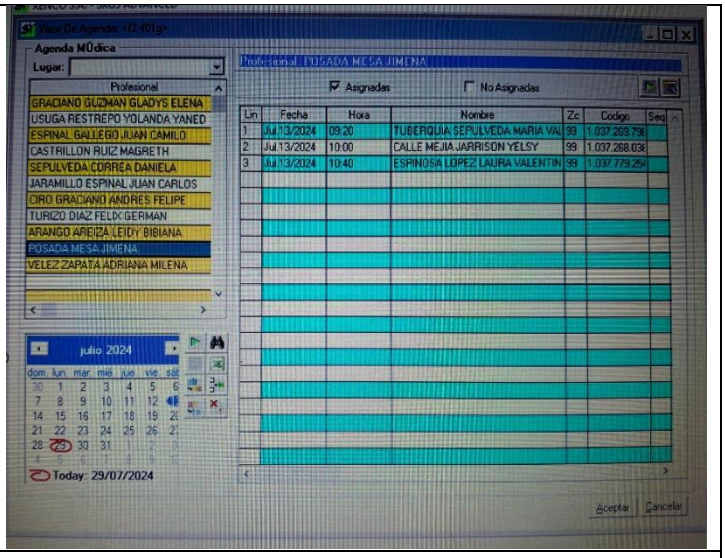
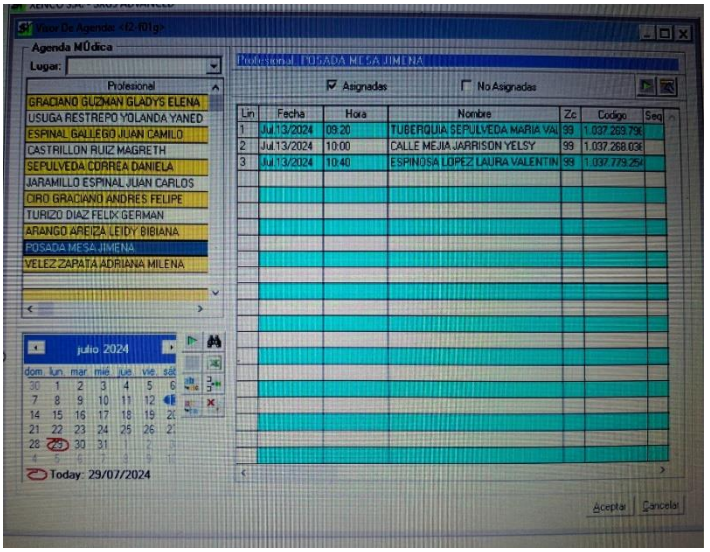
CONTRATO No *EBS20230304*

ACTIVIDAD CONTRACTUAL	NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS	FECHAS	EVIDENCIAS (Fotos, listados de asistencia)
Caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el micro territorio	8	05/08/2024	
Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa	8	05/08/2024	

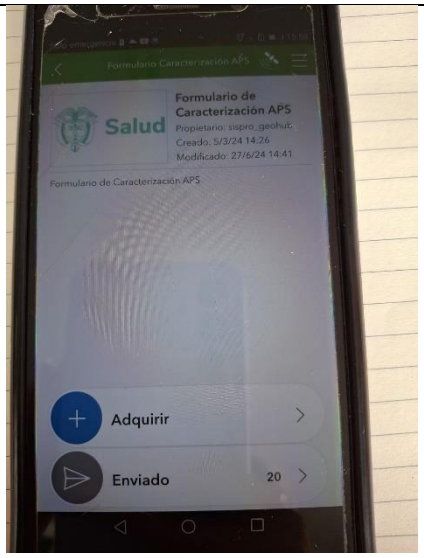
Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares.	8	05/08/2024	
Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores.	8	05/08/2024	

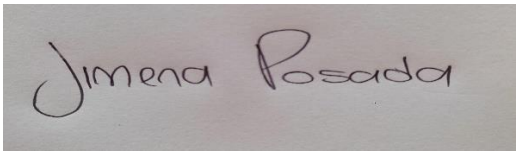
Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina) Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública	8	05/08/2024	 FORMATO DEMANDA INDUCIDA INSTITUCIONAL AU-F-002 EQUIPO BASICO DE ATENCIÓN FECHA / NOMBRE DEL USUARIO / DOCUMENTO / PROGRAMA INDUCIDO / NÚMERO DE FAMILIA / NOMBRE FUNCIONARIO 08/07/24 Jaime Andres Jaramillo 1053269713 Medica 1254 Jimena. " Maria Fernanda Gaitan 1001509204 Odontologia 139 Jimena. 10/07/24 Nuria Andrea Jaramillo 1093110739 Medica 140 Jimena P 10/07/24 Yormen David Gutierrez 1031779030 odontologia 140 Jimena P 10/07/24 Ramon Elias Jaramillo mora 70574858 Odontologia 140 Jimena P 10/07/24 Roberto Jaramillo Cifuentes 1037758421 odontologia 140 Jimena P Ramon Arturo Jaramillo 70575681 odontologia 141 Jimena P
Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma	8	05/08/2024	

y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno			
Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades	8	05/08/2024	
Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas	2	05/08/2024	 FORMATO DEMANDA INDUCIDA INSTITUCIONAL AU-F-002 EQUIPO BASICO DE ATENCIÓN
Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de	2		

salud y servicios brindados por los otros sectores.			
Atenciones de primera infancia.	1	27/08/2024	
Atenciones de infancia	1	27/08/2024	

Otras actividades asignadas: -brigada el rio -brigada la fondita y cierre te territorio	2 1	09/08/2024 21/08/2024 24/08/2024	 

Digitalización de caracterizaciones en la plataforma Survey.	8	05/08/2024	



_____

Nombre completo
CC: 1.193.575.628 ituango-antioquia
Contratista

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1193575628
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JIMENA POSADA MESA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ITUANGO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	LA PLAZUELA	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4561386858**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO	2024
DÍAS DE MORA:		4			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/08/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999652375

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 700	$ 0	$ 208.000	$ 700	$ 208.700
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 700**	**$ 208.700**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS040	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 500	$ 0	$ 162.500	$ 500	$ 0	$ 163.000
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 163.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 100	$ 0	$ 31.800
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 31.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1193575628	POSADA MESA JIMENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000	119357562	$ 31.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 403.500**