CUENTA DE COBRO

CUENTA DE COBRO No 001

CONTRATO 598 DE 2024

HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

NIT. 8905010438-1

DEBE A:

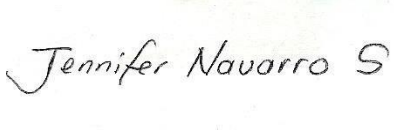
JENNIFER ALEXANDRA NAVARRO SARABIA
C.C. 1091659517 DE OCAÑA

LA SUMA DE:
CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS
TREINTA Y TRES MIL
CUATROSCIENTOS PESOS M/CTE
($4.833.400)

POR CONCEPTO DE:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROFESIONALES EN ÁREA PSICOSOCIAL PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES PLASMADAS EN EL DOCUMENTO DENOMINADO "LINEAMIENTOS PARA LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DESTINADOS A COFINANCIAR LA IMPLEMENTACIÓN DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO RESOLUCIÓN 820 DE 2024 PARA LA POBLACIÓN DE SAN CALIXTO, NORTE DE SANTANDER. A LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES OCAÑA, **DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 16 DE SEPTIEMBRE AL 15 DE OCTUBRE DE 2024.**

Cordialmente,



JENNIFER ALEXANDRA NAVARRO SARABIA
C.C. 1091659517 EXPEDIDA EN OCAÑA NORTE DE SANTANDER
Teléfono: 3173034107
Número de Cuenta de ahorros BANCOLOMBIA 31871978096

INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Para efectos del presente formato de informe de ejecución, en adelante la E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

DATOS DEL CONTRATO	
PERÍODO DEL INFORME	16 de septiembre al 15 de octubre de 2024
TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios
NUMERO DE CONTRATO	598
NOMBRE CONTRATISTA	Jennifer Alexandra Navarro Sarabia
DOCUMENTO CONTRATISTA	1091659517
VALOR	16.916.900 M/CTE
FECHA INICIO DEL CONTRATO	16 de septiembre de 2024
FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO	23 de diciembre de 2024
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROFESIONALES EN ÁREA PSICOSOCIAL PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES PLASMADAS EN EL DOCUMENTO DENOMINADO "LINEAMIENTOS PARA LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DESTINADOS A COFINANCIAR LA IMPLEMENTACIÓN DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO RESOLUCIÓN 820 DE 2024 PARA LA POBLACIÓN DE SAN CALIXTO, NORTE DE SANTANDER. A LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES OCAÑA.

se denominará EL HOSPITAL y, la otra parte, EL CONTRATISTA.

1. OTROSÍ/SUSPENSIÓN						
ADICION	SI		NO		VALOR	$
PRORROGA	SI		NO		PERIODO ADICIÓN	
MODIFICACIÓN	FECHA	DD/MM/AAAA	ASUNTO			
SUSPENSIÓN	SI		NO		CAUSA	
FECHA INICIO	DD/MM/AAAA	FECHA FIN	DD/MM/AAAA			

2. INFORMACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	María Paula coronel Ojeda
CARGO	**Coordinadora SIAU**
NOMBRE SUPERVISOR DE APOYO	
CARGO/CONTRATISTA	

3. EJECUCIÓN CONTRACTUAL

1. **ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DEL INFORME:** Se consignan las actividades ejecutadas, tal como se encuentran establecidas o descritas en el contracto -OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA-:

OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES
1. Apoyar el desarrollo de la estrategia de focalización en San Calixto, Norte de Santander, conforme a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social	Esta obligación ya se desarrolló por parte de la promotora ya que hacía parte de la fase inicial de la implementación del proyecto.

2. Verificar la inclusión de las víctimas en el RUV o en la base de datos de sentencias nacionales e internacionales	Para la verificación, por tema de confidencialidad, la encargada de hacer las respectivas consultas y verificaciones es la coordinadora del municipio Laury Rodríguez.
3. Participar de las Juntas Médicas del equipo de Atención Integral para la formulación y seguimiento del plan de atención integral	A la fecha por cronograma y temas de ejecución no se han realizado, se estima que dichas juntas Medicas se realicen en el mes de octubre.
4. Concertar los planes de atención integral con las víctimas de acuerdo con los hallazgos identificados en la valoración, bajo el principio de intersectorialidad, conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social	La contratista concertó 30 planes de atención integral en Modalidad individual, y 11 planes de atención integral en modalidad familiar que se traduce en 29 personas, para un total de 59 individuos, dichos planes deberán ser aprobados en la junta, luego de realizadas las valoraciones médicas. Una vez aprobados dichos planes de realizaran las sesiones con las diferentes actividades correspondientes al programa PAPSIVI RESOLUCIÓN 820, DEL PERIODO COMPRENDIDO DEL 16 SEPTIEMBRE 2024 AL 15 DE OCTUBRE DE 2024.
5. Brindar la atención psicosocial de manera intramural y extramural conforme a lo definido en el plan de atención integral y en el marco de las orientaciones propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social	La atención psicosocial se realizará una vez se realice la junta médica.
6. Realizar el cargue de la atención psicosocial de manera oportuna en el aplicativo web PAPSIVI	A la fecha por temas de tiempo y demás no se ha hecho entrega de usuario y contraseña para hacer uso de aplicativo web PAPSIVI.
7. Participar en las acciones de Desarrollo de Talento Humano	- A la fecha, desde la vigencia del contrato no se han realizado acciones de Desarrollo de Talento Humano. - Se realiza inducción los días 9,10,11 de septiembre en el colegio la Industrial con la participación de la jefe Nohora, María Paula coronel y demás profesionales donde se socializó el programa PAPSIVI RESOLUCION 820. - Se han realizado reuniones con la coordinadora Laury Karina Rodríguez en las fechas 20 de septiembre de 2024 y 2 de octubre 2024 a fin de coordinar avances, resolver dudas respecto al trabajo realizado.
8. Garantizar la confidencialidad sobre la información recibida del proceso de atención psicosocial	La contratista garantizo la confidencialidad sobre la información recibida durante todo proceso de atención psicosocial PERIODO COMPRENDIDO DEL 16 DE SEPTIEMBRE 15 DE OCTUBRE DE 2024.
9. Realizar archivo de la información producto de la atención psicosocial	La contratista mantiene bajo custodia los acercamientos que hasta el momento se han definido. Al cierre de los casos la contratista entregará el archivo debidamente organizado y diligenciado a la supervisora o a quien se delegue y quedando bajo custodia en el centro de salud del municipio de San Calixto.

2. PRODUCTOS ENTREGABLES.

1. Apoyar el desarrollo de la estrategia de focalización en San Calixto, Norte de Santander, conforme a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Esta responsabilidad fue asumida en su totalidad por la promotora, quien cumplió con la focalización de las 300 personas como meta para el municipio de San Calixto.

2. Verificar la inclusión de las víctimas en el RUV o en la base de datos de sentencias nacionales e internacionales.

- Para este punto de verificación y por tema de confidencialidad, la encargada de hacer las respectivas consultas y verificaciones es la coordinadora del municipio Laury Rodríguez.

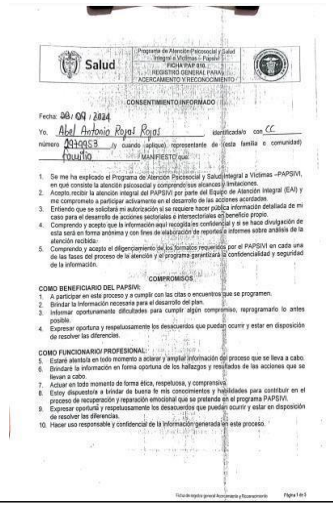
3. Participar de las Juntas Médicas del equipo de Atención Integral para la formulación y seguimiento del plan de atención integral.

- A la fecha por cronograma y temas de ejecución no se han realizado, se estima que dichas juntas Medicas se realicen en el mes de octubre.

4. Concertar los planes de atención integral con las víctimas de acuerdo con los hallazgos identificados en la valoración,

INDIVIDUAL	1	C.C	27813600	CARMEN	CECILIA	MACHADO		1/11/1955	EL CARMEN	3223462951	NUEVA EP
INDIVIDUAL	2	C.C	1064716432	ZUSY	JEI	PUSHAINA	MACIAS	10/1/1994	CALLE NUEVA	3104634719	NUEVA EP
INDIVIDUAL	3	C.C	27815030	YOLIMA		VERA	MACHADO	7/09/1974	CALLE NUEVA	3202310555	NUEVA EP
INDIVIDUAL	4	C.C	1064837484	ARMANDO		ORTEGA	ORTEGA	16/10/1987	CALLE NUEVA	3214311802	NUEVA EP
INDIVIDUAL	5	C.C	1094322023	MAIRA	YUBELY	BAYONA	MACHADO	9/04/1992	CALLE NUEVA	3214278678	COOSALU
INDIVIDUAL	6	C.C	1094322987	YINETH	KARINA	NAVARRO	PAEZ	22/12/1996	1DE MARZO	3125017769	NUEVA EP
INDIVIDUAL	7	C.C	5487664	LUIS	EVELIO	GUERRERO	TORRADO	7/12/1955	EL CARMEN	3102193048	Nueva EP
INDIVIDUAL	8	C.C	37323270	EDIT	MARIA	CORONEL		30/06/1972	EL TAMACO	3144635845	NUEVA EP
INDIVIDUAL	9	C.C	1090985647	EDILSA	YEIDID	ROJAS	ROMANO	17/01/1989	EL CARMEN	3123406686	NUEVA EP
INDIVIDUAL	10	C.C	1102357041	CECILIA		PEREZ	AMAYA	25/06/1987	EL CARMEN	3213124946	NUEVA EP
INDIVIDUAL	11	C.C	60424193	OLINTA	MARIA	CONTRERAS	SERRANO	11/07/1966	EL CARMEN	3007797492	NUEVA EP
INDIVIDUAL	12	C.C	1005063687	JASVEILY	TAMARA	VERGEL	GUILLIN	13/09/2002	EL TAMACO	3132318744	NUEVA EP
INDIVIDUAL	13	C.C	1091673072	SEIDER		CARRASCO	RINCON	19/01/1987	EL TAMACO	3102335516	COOSALU
INDIVIDUAL	14	C.C	1005063460	NATALIA		SANCHEZ	ORTEGA	24/09/1997	HENRY ALFON	3148686092	NUEVA EP
INDIVIDUAL	15	C.C	1005063053	ANYI	LORENY	FRANCO	CLAVIJO	11/01/1999	HENRY ALFON	3224175312	NUEVA EP
INDIVIDUAL	16	C.C	27815348	NORALBA		QUINTERO	QUINTERO	27/10/1976	HENRY ALFON	3118680316	NUEVA EP
INDIVIDUAL	17	C.C	36453546	YASLEIDY		LOPEZ	MONTAGU	24/01/1993	HENRY ALFON	3004844697	COOSALU
INDIVIDUAL	18	C.C	1005063646	LAUDITH		QUINTERO	QUINTERO	31/12/2001	FUNDADORES	3227212761	COOSALU
INDIVIDUAL	19	C.C	27742751	OLIA	ROSA	ORTIZ	AMAYA	12/02/1981	MANZALES	3112622473	NUEVA EP
INDIVIDUAL	20	C.C	27814730	EDILMA	ROSA	MANZANO	DURAN	5/09/1958	LAGUNITAS	3246036423	NUEVA EP
INDIVIDUAL	21	C.C	63554091	SANDRA	MILENA	CLAVIJO	AMAYA	7/01/1994	LAGUNITAS	3102799194	NUEVA EP
INDIVIDUAL	22	C.C	1005063059	ELIZABETH		AMAYA	SANTANA	25/11/2000	LAGUNITAS	3115085306	NUEVA EP
INDIVIDUAL	23	C.C	1094320920	JOSE	RICARDO	QUINTERO	MANZANO	5/06/1988	LAGUNITAS	3023712256	COOSALU
INDIVIDUAL	24	C.C	5487830	RAMON	DEL CARM	PEÑARANDA	CARVAJAL	6/02/1959	LAGUNITAS	3202030161	COOSALU
INDIVIDUAL	25	C.C	1094323148	YURY	KARINA	RUEDAS	GUERRERO	20/05/1997	LAGUNITAS	3212827882	NUEVA EP
INDIVIDUAL	26	C.C	1007333548	AIDA	YULIANA	PINZON	AMAYA	1/01/2001	POTRERO GRA	3228923366	Nueva EP
INDIVIDUAL	27	C.C	1094320984	MARISELA		AMAYA	AMAYA	11/10/1988	SAN JOSE	3136953970	NUEVA EP
INDIVIDUAL	28	C.C	5487300	MIGUEL	ANTONIO	LEON	QUINTERO	29/01/1975	VISTA HERMOS	3118032366	NUEVA EP
INDIVIDUAL	29	C.C	37182263	EMILCE		ROMERO	MONTAGU	15/07/1958	VISTA HERMOS	3118032366	COOSALU
INDIVIDUAL	30	C.C	1001540812	BEATRIZ	ADRIANA	RINCON	MONTEJO	11/12/1990	VISTA HERMOSA	3115412756	

FAMILIAR	2	C.C	27815109	MIRIAM	CECILIA	CLARO	ROBLES	13/05/1978	CALLE NUEVA	3223260867	NUEVA EPS
	3	T.I	1094322223	DILAN	MATHYAS	PEREZ	CLARO	1/01/2011	CALLE NUEVA	3223260867	NUEVA EPS
FAMILIAR	9	C.C	1126422349	LISNEIDA		AMAYA	SANTANA	16/06/1991	CALLE NUEVA	3107977387	COOSALUD
	10	T.I	1094323450	KEINER	MATEO	SANTANA	AMAYA	1/08/2017	CALLE NUEVA	3107977387	COOSALUD
FAMILIAR	12	C.C	27813363	ARGEMIRA		CARRASCO	CLAVIJO	24/04/1947	EL CARMEN	3212081816	Coosalud eps
	13	C.C	5486398	CRISTIAN		PEREZ	CARRASCO	10/01/1944	EL CARMEN	3212081816	Coosalud eps
	14	C.C	1005063203	IBETH	DARIANA	CAÑIZARES	ORTEGA	8/10/1997	EL CARMEN	3208051607	NUEVA EPS
FAMILIAR	15	C.C	37331595	MARY	SOFIA	ORTEGA	TORO	3/03/1970	EL CARMEN	3208051607	COOSALUD
	16	T.I	1094322820	JUAN	JOSE	CAÑIZARES	ORTEGA	23/01/2014	EL CARMEN	3208051607	COOSALUD
FAMILIAR	20	C.C	27814083	ANGELICA	MARIA	ALSINA	DE AMAYA	12/05/1943	EL CARMEN	3106280042	COOSALUD
	21	C.C	88143976	JOSE	DEL CARM	AMAYA	ALSINA	11/07/1963	EL CARMEN	3007711467	NUEVA EPS
	25	C.C	27815328	LUCY		LEON	JAIMES	14/11/1978	EL TAMACO	3113099084	COOSALUD
FAMILIAR	26	C.C	1973953	ABEL	ANTONIO	ROJAS	ROJAS	16/02/1978	EL TAMACO	3113099084	COOSALUD
	27	T.I	1094322414	NESLY	NAIRETH	ROJAS	LEON	20/01/2012	EL TAMACO	3113099084	COOSALUD
	28	T.I	1094321365	JHON	FREY	ROJAS	LEON	19/11/2007	EL TAMACO	3113099084	COOSALUD
	29	C.C	27814870	FANY	ROSA	AMAYA	MORA	4/09/1963	BRISAS ROSAR	3013133915	NUEVA EPS
FAMILIAR	30	cc	5487446	EUCLIDES		LEON	AMAYA	18/02/1958	BRISAS ROSAR	3013133915	NUEVA EPS
	31	CC	37338459	LEIDY	YOJANA	DURAN	GUERRERO	2/06/1982	BARRIO BOLIV	3213130806	NUEVA EPS
	32	CC	1005237987	LUISA	FERNANDA	CORREA	DURAN	14/03/2003	BARRIO BOLIV	3213130806	COOSALUD
	37	C.C	1094321246	LISETH	CAROLINA	ROJAS	LEON		HENRY ALFON	3053356767	COOSALUD
FAMILIAR	38	C.C	1094323074	RICARDO		AMAYA	SUAREZ	15/06/1997	HENRY ALFON	3053356767	NUEVA EPS
	39	C.C	1091658914	CAROLINA		NUÑEZ	CARRASCO	8/07/1988	HENRY ALFON	3124924325	NUEVA EPS
FAMILIAR	40	C.C	5469970	AMALIO		FRANCO	FRANCO	27/06/1981	HENRY ALFON	3124924325	NUEVA EPS
	41	C.C	27813985	LUCY	ESTHER	CARRASCO	DE NUÑEZ	20/08/1960	HENRY ALFON	3124924325	NUEVA EPS
	42	T.I	1092735069	KAROLL	THALIANA	FRANCO	NUÑEZ	31/10/2008	HENRY ALFON	3124924325	NUEVA EPS
	43	C.C	88233007	CARLOS		NAVARRO	VERGEL	27/07/1978	HENRY ALFON	3202897994	NUEVA EPS
FAMILIAR	44	P.P	1701068	YULEIMA	YANET	MENDOZA	NAVARRO	12/10/1994	HENRY ALFON	3202897994	NUEVA EPS
	45	T.I	1232401078	BREINER	FABIAN	NAVARRO	MENDOZA	27/11/2007	HENRY ALFON	3202897994	NUEVA EPS
	46	C.C	1232401076	CARLOS	ALBERTO	NAVARRO	MENDOZA	8/04/2002	HENRY ALFON	3202897994	NUEVA EPS


Salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi
FICHA PAP 816
REGISTRO GENERAL PARA ACERCAMIENTO Y RECONOCIMIENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

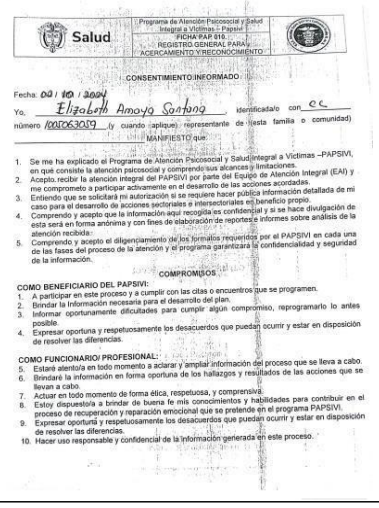
Fecha: 08 / 08 / 2024
Yo, Abel Antonio Royal Royal identificado/a con CC
número 2[illegible]3 (y cuando aplique) representante de (esta familia o comunidad)
[illegible] MANIFIESTO que:

1. Se me ha explicado el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI, en qué consiste la atención psicosocial y comprendo sus alcances y limitaciones.
2. Acepto recibir la atención integral del PAPSIVI por parte del Equipo de Atención Integral (EAI) y me comprometo a participar activamente en el desarrollo de las acciones acordadas.
3. Entiendo que se solicitará mi autorización si se requiere hacer pública información detallada de mi caso para el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales en beneficio propio.
4. Comprendo y acepto que la información aquí recogida es confidencial y si se hace divulgación de esta será en forma anónima y con fines de elaboración de reportes e informes sobre análisis de la atención recibida.
5. Comprendo y acepto el diligenciamiento de los formatos requeridos por el PAPSIVI en cada una de las fases del proceso de la atención y el programa garantizará la confidencialidad y seguridad de la información.

COMPROMISOS

COMO BENEFICIARIO DEL PAPSIVI:
1. A participar en este proceso y a cumplir con las citas o encuentros que se programen.
2. Brindar la información necesaria para el desarrollo del plan.
3. Informar oportunamente dificultades para cumplir algún compromiso, reprogramarlo lo antes posible.
4. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.

COMO FUNCIONARIO/ PROFESIONAL:
5. Estaré atento/a en todo momento a aclarar y ampliar información del proceso que se lleva a cabo.
6. Brindaré la información en forma oportuna de los hallazgos y resultados de las acciones que se llevan a cabo.
7. Actuar en todo momento de forma ética, respetuosa, y comprensiva.
8. Estoy dispuesto/a a brindar de buena fe mis conocimientos y habilidades para contribuir en el proceso de recuperación y reparación emocional que se pretende en el programa PAPSIVI.
9. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.
10. Hacer uso responsable y confidencial de la información generada en este proceso.


Salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi
FICHA PAP 816
REGISTRO GENERAL PARA ACERCAMIENTO Y RECONOCIMIENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 08 / 10 / 2024
Yo, Elizabeth Amaya Santana identificada/o con CC
número 1007063019 (y cuando aplique) representante de (esta familia o comunidad)
MANIFIESTO que:

1. Se me ha explicado el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI, en qué consiste la atención psicosocial y comprendo sus alcances y limitaciones.
2. Acepto recibir la atención integral del PAPSIVI por parte del Equipo de Atención Integral (EAI) y me comprometo a participar activamente en el desarrollo de las acciones acordadas.
3. Entiendo que se solicitará mi autorización si se requiere hacer pública información detallada de mi caso para el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales en beneficio propio.
4. Comprendo y acepto que la información aquí recogida es confidencial y si se hace divulgación de esta será en forma anónima y con fines de elaboración de reportes e informes sobre análisis de la atención recibida.
5. Comprendo y acepto el diligenciamiento de los formatos requeridos por el PAPSIVI en cada una de las fases del proceso de la atención y el programa garantizará la confidencialidad y seguridad de la información.

COMPROMISOS

COMO BENEFICIARIO DEL PAPSIVI:
1. A participar en este proceso y a cumplir con las citas o encuentros que se programen.
2. Brindar la Información necesaria para el desarrollo del plan.
3. Informar oportunamente dificultades para cumplir algún compromiso, reprogramarlo lo antes posible.
4. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.

COMO FUNCIONARIO/ PROFESIONAL:
5. Estaré atento/a en todo momento a aclarar y ampliar información del proceso que se lleva a cabo.
6. Brindaré la información en forma oportuna de los hallazgos y resultados de las acciones que se llevan a cabo.
7. Actuar en todo momento de forma ética, respetuosa, y comprensiva.
8. Estoy dispuesto/a a brindar de buena fe mis conocimientos y habilidades para contribuir en el proceso de recuperación y reparación emocional que se pretende en el programa PAPSIVI.
9. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.
10. Hacer uso responsable y confidencial de la información generada en este proceso.


Salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi
FICHA PAP 816
REGISTRO GENERAL PARA ACERCAMIENTO Y RECONOCIMIENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 08 / 10 / 2024
Yo, Ramon del carmen Penaranda identificado/a con CC
número 5486398 (y cuando aplique) representante de (esta familia o comunidad)
MANIFIESTO que:

1. Se me ha explicado el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI, en qué consiste la atención psicosocial y comprendo sus alcances y limitaciones.
2. Acepto recibir la atención integral del PAPSIVI por parte del Equipo de Atención Integral (EAI) y me comprometo a participar activamente en el desarrollo de las acciones acordadas.
3. Entiendo que se solicitará mi autorización si se requiere hacer pública información detallada de mi caso para el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales en beneficio propio.
4. Comprendo y acepto que la información aquí recogida es confidencial y si se hace divulgación de esta será en forma anónima y con fines de elaboración de reportes e informes sobre análisis de la atención recibida.
5. Comprendo y acepto el diligenciamiento de los formatos requeridos por el PAPSIVI en cada una de las fases del proceso de la atención y el programa garantizará la confidencialidad y seguridad de la información.

COMPROMISOS

COMO BENEFICIARIO DEL PAPSIVI:
1. A participar en este proceso y a cumplir con las citas o encuentros que se programen.
2. Brindar la Información necesaria para el desarrollo del plan.
3. Informar oportunamente dificultades para cumplir algún compromiso, reprogramarlo lo antes posible.
4. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.

COMO FUNCIONARIO/ PROFESIONAL:
5. Estaré atento/a en todo momento a aclarar y ampliar información del proceso que se lleva a cabo.
6. Brindaré la información en forma oportuna de los hallazgos y resultados de las acciones que se llevan a cabo.
7. Actuar en todo momento de forma ética, respetuosa, y comprensiva.
8. Estoy dispuesto/a a brindar de buena fe mis conocimientos y habilidades para contribuir en el proceso de recuperación y reparación emocional que se pretende en el programa PAPSIVI.
9. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.
10. Hacer uso responsable y confidencial de la información generada en este proceso.







5. Brindar la atención psicosocial de manera intramural y extramural conforme a lo definido en el plan de atención integral y en el marco de las orientaciones propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

   -La atención psicosocial se realizará una vez se realice la junta médica.

6. Realizar el cargue de la atención psicosocial de manera oportuna en el aplicativo web PAPSIVI

- A la fecha por temas de tiempo y demás no se ha hecho entrega de usuario y contraseña para hacer uso de aplicativo web PAPSIVI.

7. Participar en las acciones de Desarrollo de Talento Humano.

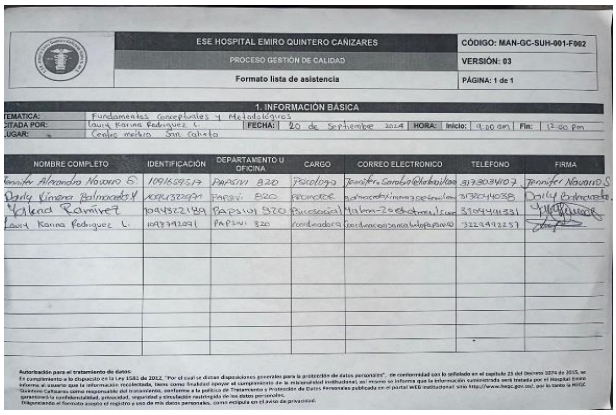
- A la fecha, desde la vigencia del contrato no se han realizado acciones de Desarrollo de Talento Humano.
- Se realiza inducción los días 9,10,11 de septiembre en el colegio la Industrial con la participación de la jefe Nohora Serrano, María Paula coronel y demás profesionales donde se socializó el programa PAPSIVI RESOLUCION 820.





- Se han realizado reuniones con la coordinadora Laury Karina Rodríguez a fin de coordinar avances, resolver dudas respecto al trabajo realizado.





ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CANIZARES | CÓDIGO: MAN-GC-SUH-001-F002
PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD | VERSIÓN: 03
Formato lista de asistencia | PÁGINA: 1 de 1

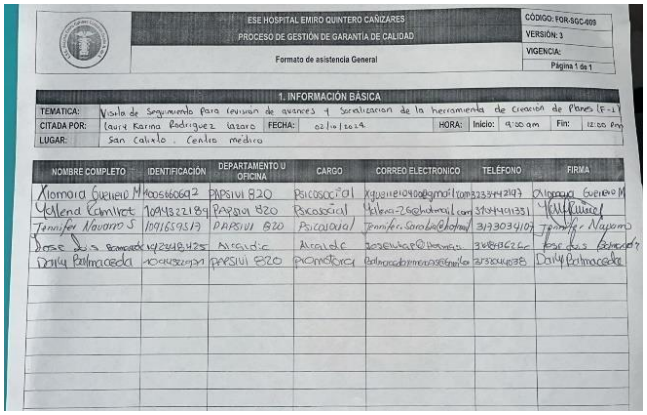
1. INFORMACIÓN BASICA

TEMATICA: Fundamentos Conceptuales y Metodologicos
CITADA POR: Laury Karina Rodriguez L. FECHA: 20 de Septiembre 2024 HORA: Inicio: 9:00 am Fin: 12:00 pm
LUGAR: Centro medico San Calixto

NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACIÓN	DEPARTAMENTO U OFICINA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO	FIRMA
Jennifer Alejandra Navarro S	1091659519	PAPSIVI 820	Psicologa	Jennifer.Sanabria@hotmail.com	3193034107	Jennifer Navarro S
Daily Ximena Palmacedo V	1004660642	PAPSIVI 820	PROMOTOR	palmacedo.ximena@gmail.com	3136240358	Daily Palmacedo
Yolend Ramirez	1094832189	PAPSIVI 820	Psicosocial	Yolenz-26@hotmail.com	3104401331	
Laury Karina Rodriguez L.	1093791291	PAPSIVI 820	coordinadora	coordinacionsanmateo@gmail.com	3229497257	

Autorización para el tratamiento de datos:
En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", de conformidad con lo señalado en el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015, se informa al usuario que la información recolectada, tiene como finalidad apoyar el cumplimiento de la misionalidad institucional, así mismo se informa que la información suministrada será tratada por el Hospital Emiro Quintero Cañizares como responsable del tratamiento, conforme a la política de Tratamiento y Protección de Datos Personales publicada en el portal WEB institucional sitio http://www.hesq.gov.co/, por lo tanto la IPSSC garantizará la confidencialidad, privacidad, seguridad y circulación restringida de los datos personales.
Diligenciando el formato acepto el registro y uso de mis datos personales, como incluida en el Aviso de privacidad.





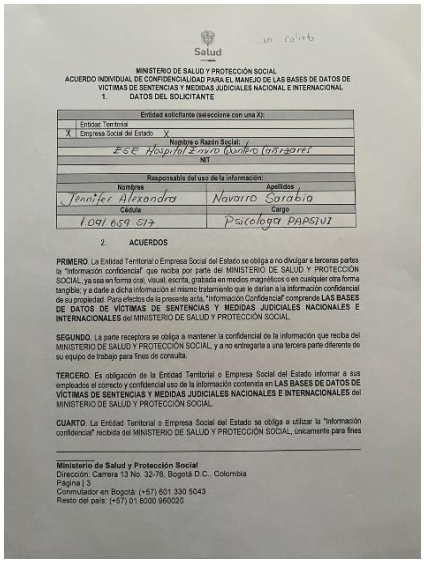
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES | CÓDIGO: FOR-SGC-009
PROCESO DE GESTIÓN DE GARANTÍA DE CALIDAD | VERSIÓN: 1
Formato de asistencia General | VIGENCIA:
Página 1 de 1

1. INFORMACIÓN BASICA

TEMATICA: Visita de Seguimiento para revisar de avances y socializacion de la herramienta de creacion de Planes (F-1)
CITADA POR: Laury Karina Rodriguez Lizaro FECHA: 02/10/2024 HORA: Inicio: 9:00 am Fin: 12:00 pm
LUGAR: San Calixto . Centro medico

NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACIÓN	DEPARTAMENTO U OFICINA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO	FIRMA
Ximena Guevara M	1004660642	PAPSIVI 820	Psicosocial	xguevara1040@gmail.com	3233441247	Ximena Guevara M
Yolend Ramirez	1094832189	PAPSIVI 820	Psicosocial	Yolenz-26@hotmail.com	3104401331	
Jennifer Navarro S	1091659519	PAPSIVI 820	Psicologa	Jennifer.Sanabria@hotmail.com	3193034107	Jennifer Navarro S
Jose [illegible]	[illegible]	Arcadia	Arcadia	[illegible]	3168862[illegible]	[illegible]
Daily Palmacedo	1004660642	PAPSIVI 820	promotora	palmacedo.ximena@gmail.com	3136240358	Daily Palmacedo

8. Garantizar la confidencialidad sobre la información recibida del proceso de atención psicosocial.



Salud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
ACUERDO INDIVIDUAL DE CONFIDENCIALIDAD PARA EL MANEJO DE LAS BASES DE DATOS DE VICTIMAS DE SENTENCIAS Y MEDIDAS JUDICIALES NACIONAL E INTERNACIONAL

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Entidad solicitante (seleccione con una X):	
Entidad Territorial	
X Empresa Social del Estado X	
Nombre o Razón Social: ESE Hospital Emilio Quintero Cantores	
NIT	
Responsable del uso de la información:	
Nombres: Jennifer Alexandra	Apellidos: Navarro Sarabia
Cédula: 1.091.659.517	Cargo: Psicologa PAPSIVI

2. ACUERDOS

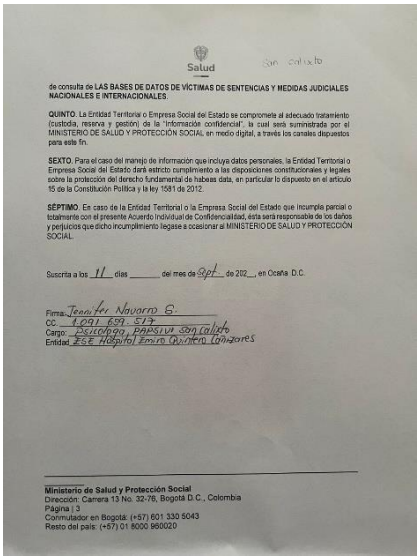
PRIMERO. La Entidad Territorial o Empresa Social del Estado se obliga a no divulgar a terceras partes la "Información confidencial" que reciba por parte del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible, y a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos de la presente acta, "Información Confidencial" comprende **LAS BASES DE DATOS DE VÍCTIMAS DE SENTENCIAS Y MEDIDAS JUDICIALES NACIONALES E INTERNACIONALES** del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

SEGUNDO. La parte receptora se obliga a mantener la confidencial de la información que reciba del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, y a no entregarla a una tercera parte diferente de su equipo de trabajo para fines de consulta.

TERCERO. Es obligacion de la Entidad Territorial o Empresa Social del Estado informar a sus empleados el correcto y confidencial uso de la información contenida en **LAS BASES DE DATOS DE VÍCTIMAS DE SENTENCIAS Y MEDIDAS JUDICIALES NACIONALES E INTERNACIONALES** del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

CUARTO. La Entidad Territorial o Empresa Social del Estado se obliga a utilizar la "Información confidencial" recibida del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, únicamente para fines

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Página | 3
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020



Salud

de consulta de **LAS BASES DE DATOS DE VÍCTIMAS DE SENTENCIAS Y MEDIDAS JUDICIALES NACIONALES E INTERNACIONALES**.

QUINTO. La Entidad Territorial o Empresa Social del Estado se compromete al adecuado tratamiento (custodia, reserva y gestión) de la "Información confidencial", la cual sera suministrada por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL en medio digital, a través los canales dispuestos para este fin.

SEXTO. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, la Entidad Territorial o Empresa Social del Estado dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la ley 1581 de 2012.

SÉPTIMO. En caso de la Entidad Territorial o la Empresa Social del Estado que incumpla parcial o totalmente con el presente Acuerdo Individual de Confidencialidad, ésta será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

Suscrita a los 11 días _____ del mes de Sept de 202_, en Ocaña D.C.

Firma: Jennifer Navarro S.
cc 1.091 659 517
Cargo: Psicologa PAPSIVI San Calixto
Entidad: ESE Hospital Emilio Quintero Cantores

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Página | 3
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

9. Realizar archivo de la información producto de la atención psicosocial

La contratista mantiene bajo custodia los acercamientos que hasta el momento se han definido. Al cierre de los casos la contratista entregará el archivo debidamente organizado y diligenciado a la supervisora o a quien se delegue y quedando bajo custodia en el centro de salud municipio de San Calixto.

A continuación, se relacionan los documentos producidos durante el periodo de ejecución y que constituyen entregables a cargo del contratista:

Se firma el presente formato de informe de ejecución por parte del contratista, en el mes de octubre de dos mil veinte cuatro (2024).

Firma Contratista	Jennifer Navarro S
Nombre Completo:	JENNIFER ALEXANDRA NAVARRO SARABIA
N° Documento:	1091659517 de Ocaña

Bancolombia

www.bancolombia.com.co

Lunes, 09 de septiembre de 2024

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **JENNIFER ALEXANDRA NAVARRO SARABIA**, identificado con CC. **1.091.659.517**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.º Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	31871978096	2024/09/09	ACTIVA

***Importante**: esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604).3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín

Bancolombia

Linea de Atención al Cliente: Bogotá: 343 00 00, Medellín 510 90 00, Cali 554 05 05, Barranquilla 361 88 88, Cartagena 693 44 00, Bucaramanga 697 25 25, Pereira 340 12 13; a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la dirección: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, de Medellín.

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1091659517
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JENNIFER ALEXANDRA NAVARRO SARABIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 11# 17-10 BARRIO SAN	TELÉFONO:	9445059
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7944114844**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/10/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		958990726

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
X																

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 309.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 309.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 241.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 241.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 551.100**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 551.100**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1091659517
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JENNIFER ALEXANDRA NAVARRO SARABIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 11# 17-10 BARRIO SAN AGUSTIN	TELÉFONO:	9445059
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7944114844**	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/10/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				958990726

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 309.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400	$ 0	$ 309.400
SUBTOTALES:										**$ 309.400**	**$ 0**	**$ 309.400**

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
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 241.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.700	$ 0	$ 0	$ 241.700
SUBTOTALES:													**$ 241.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 241.700**

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

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
1	CC 1091659517	NAVARRO SARABIA JENNIFER ALEXANDRA	INDEPEND		$ 1.933.360				NO	01																

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	3	1.933.36	$ 309.40	$	$	$	$	Norm	$ 309.40

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
NUEVA EPS CM		1.933.36	$ 241.70	$	$ 241.70			$		$

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$						

TOTAL	**$ 551.100**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141123251982

(415)7707212489984(8020) 000014112325198 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 1 6 5 9 5 1 7	7	Impuestos de Cúcuta 7	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 1 6 5 9 5 1 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Ocaña 4 9 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NAVARRO	SARABIA	JENNIFER	ALEXANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Ocaña 4 9 8

41. Dirección principal: CL 7 2 R 68 BRR LAS LLANADAS

42. Correo electrónico: jennifer.sarabia@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 6 9 0 3 0 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 2 4 0 9 0 6						4 1 1 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 09 - 07 / 09 : 00: 00

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre NAVARRO SARABIA JENNIFER ALEXANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1091659517
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JENNIFER ALEXANDRA NAVARRO SARABIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 11# 17-10 BARRIO SAN	TELÉFONO:	9445059
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7946165128**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		14			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/10/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		989876721

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7944114844	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/10/04

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 0
		SUBTOTAL:	1	**$ 0**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 0
		SUBTOTAL:	1	**$ 0**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 136.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 136.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 134.600**
VALOR MORA:	**$ 1.400**
TOTAL PAGADO:	**$ 136.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1091659517
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JENNIFER ALEXANDRA NAVARRO SARABIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 11# 17-10 BARRIO SAN AGUSTIN	TELÉFONO:	9445059
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7946165128**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	14		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	989876721
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7944114844	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/10/04

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:										**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

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
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:													**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 134.600	$ 134.600	$ 1.400	$ 0	$ 136.000
SUBTOTALES:									**$ 134.600**	**$ 1.400**	**$ 0**	**$ 136.000**

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 APORT	SENA TOTAL APORT	ICBF TOTAL APORT	ESAP TOTAL APORT	MINED TOTAL APORT
1	CC 1091659517	NAVARRO SARABIA JENNIFER ALEXANDRA	INDEPEND		$ 1.933.360				NO	01						A										25-14 COLPENSIONES	30	1.933.360	$ 309.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 309.400	NUEVA EPS CM	30	1.933.360	$ 241.700	$ 0	$ 241.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	$ 0		$ 0	$ 0														
2	CC 1091659517	NAVARRO SARABIA JENNIFER ALEXANDRA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.933.360				NO	01	R-30					C										25-14 COLPENSIONES	30	1.933.360	$ 309.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 309.400	NUEVA EPS CM	30	1.933.360	$ 241.700	$ 0	$ 241.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.933.360	10916595	134.600	$ 0														
3	CC 1091659517	NAVARRO SARABIA JENNIFER ALEXANDRA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.933.360				NO	01	R-30					R										25-14 COLPENSIONES	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 0	NUEVA EPS CM	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.933.360	10916595	134.600	$ 0														

Planilla Pagada

TOTAL	**$ 136.000**