Protección

Bogotá, 26 de marzo de 2022

Señor(a):
ROSMELLA ORQUIDEA HENAO PEREZ
CC 51712656

Departamento de Gestión Humana

ASUNTO: Tramite De Devolución De Vejez ROSMELLA ORQUIDEA HENAO PEREZ- CC 51712656

Cordial Saludo,

Cumpliendo nuestro compromiso de brindarles información clara y oportuna a todos nuestros clientes, nos permitimos comunicarle que al afiliado ROSMELLA ORQUIDEA HENAO PEREZ identificado con CC 51712656, le fue reconocida por parte de ésta Administradora, la Devolución en Vejez a partir del mes de Marzo de 2022 en el que se analizó la solicitud

Quedamos atentos a resolver cualquier inquietud al respecto.

Cordialmente,

Equipo Definición de Beneficios Pensionales
Proteccion S.A.

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51712656
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ROSMELLA ORQUIDEA HENAO PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 10 SUR # 11A-40 INT57	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6028234155**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	4		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/08/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	576146279

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 280.000	$ 0	$ 900	$ 0	$ 280.000	$ 900	$ 0	$ 280.900
SUBTOTALES:													**$ 280.000**	**$ 900**	**$ 0**	**$ 280.900**

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
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 97.500	$ 97.500	$ 300	$ 0	$ 97.800
SUBTOTALES:									**$ 97.500**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 97.800**

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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																											ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 51712656	HENAO PEREZ ROSMELLA ORQUIDEA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	REQ CUMP PENS	$ 2.240.000				NO																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.240.000	$ 280.000	$ 0	$ 280.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	30	$ 2.240.000	51712656	$ 97.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 378.700

Planilla Pagada

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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ROSMELLA ORQUIDEA HENAO PEREZ**			**CC:**	**51712656**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ORQUIDEAHENAO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3212914422**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 17 2 54**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24130262008**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1927 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.723.720**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

ROSMELLA ORQUIDEA HENAO PEREZ
PS_1927_2026_782307

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ROSMELLA ORQUIDEA HENAO PEREZ
CC: 51712656
CEL: 3212914422

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			
ROSMELLA ORQUIDEA HENAO PEREZ			
	CON C.C N°	**51.712.656**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS 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 1927 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.342.320	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.723.720
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
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. Apoye la activación, orientación y gestión de las rutas de atención integral en salud en los casos relacionados con violencia física, sexual, psicológica o basada en género; conflicto armado; ataques con agentes químicos; negligencia o abandono; intento de suicidio; eventos asociados a salud mental; enfermedades transmisibles; condiciones materno-perinatales y atención a poblaciones vulnerables, garantizando la aplicación del enfoque diferencial y de derechos.
2	2. Gestione 23 interconsultas por riesgo psicosocial y determinantes sociales de la salud, emitidas por los profesionales y equipos interdisciplinarios, asegurando el registro sistemático, el seguimiento en la historia clínica, la trazabilidad de los casos, la articulación interinstitucional y los soportes de gestión correspondientes.
3	3. Realice 20 censos hospitalarios cama a cama, identificando riesgos psicosociales, estado del aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), dificultades socioeconómicas asociadas a la capacidad de pago y demás factores que incidan en el bienestar del paciente y su entorno, orientando la gestión para la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud.
4	Apoye la verificación, gestión y seguimiento del estado del aseguramiento de los pacientes en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) que presenten novedades como suspensión por mora, condición de particular o retiro conforme al decreto 616 de 2022, acompañando la solicitud de encuesta SISBEN y la valoración de barreras de acceso a los servicios de salud.
5	Apoye la gestión de 2 casos de pacientes en condición de abandono social o sin red de apoyo, de conformidad con los criterios establecidos por la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E., incluyendo la caracterización social, elaboración de informes sociales, gestión de cupos institucionales, reconocimiento domiciliario y articulación con redes comunitarias e institucionales.
6	Apoye la elaboración 1 esc y 4 seguimiento de estudios sociales de caso a población migrante irregular, describiendo la situación del paciente, la información suministrada por el usuario y la orientación brindada para su proceso de regularización en el país, conforme a la normatividad vigente
7	Diligencie, registre y actualice de manera completa, legible, veraz y oportuna 73 historias clínicas, registros y demás documentos derivados de las intervenciones realizadas en desarrollo del objeto contractual, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente y de los protocolos institucionales relacionados con el manejo de la información clínica. lo anterior incluye, entre otros, el diligenciamiento de la ficha SIVIM como evento de interés en salud pública, la aplicación de 20 test APGAR familiar, la actualización de bases de datos institucionales relacionadas con pacientes en condición de abandono social, casos de violencia, población indígena embera 1, solicitudes de oxígeno 2, estudios sociales de caso, así como los demás documentos y reportes que se deriven del objeto contractual.
8	Apoye el seguimiento semanal a pacientes con cargo al fondo financiero distrital de salud (FFDS), garantizando la continuidad de la atención y la articulación con las áreas responsables.
9	Apoye el trámite de 2 solicitudes de oxigeno domiciliario, incluyendo la gestión de autorizaciones, el seguimiento, el registro en las bases institucionales y la comunicación con pacientes, familias y áreas involucradas
10	Gestione la identificación de pacientes sin documentación y NN puros, mediante la articulación con la registraduría nacional del estado civil, personerías, instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses, migración Colombia, embajadas y demás entidades competentes, garantizando el restablecimiento del derecho a la identidad
11	Brinde acompañamiento en los traslados interinstitucionales hacia entidades como el instituto colombiano de bienestar familiar (ICBF), comisarías de familia, fiscalía general de la nación, IPS receptoras y demás actores de la ruta de atención integral en salud, velando por la protección de los derechos de los pacientes.

12	Articule, a nivel extra institucional, la entrega de medicamentos formulados a pacientes ubicados en hogares sustitutos o instituciones de protección que no cuenten con red de apoyo familiar, en coordinación con las áreas responsables.
13	Brinde atención psicosocial y contención emocional a 22 pacientes y familias en el marco de procesos clínicos y administrativos, promoviendo el bienestar emocional y el afrontamiento adecuado de situaciones de crisis.
14	Apoye el desarrollo de actividades informativas, educativas y de sensibilización dirigidas a usuarios, familias, funcionarios de planta, colaboradores y personal tercerizado, orientadas a la apropiación de los temas relacionados con las funciones de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, Encuesta de satisfacción de derechos y deberes 3, tema del mes usuarios 12, derechos y deberes usuarios 36, política institucional a funcionarios 15, derechos y deberes usuarios a funcionarios 15.
15	Registre de manera oportuna y completa la información en el sistema de información institucional si cuéntanos, conforme a los lineamientos técnicos y administrativos definidos por la subred. 30
16	Garantice la reserva, confidencialidad, privacidad y protección de los datos personales e información de los pacientes y usuarios, dando cumplimiento a la normatividad vigente y a los protocolos internos de la subred, de tal manera se registra en historia clínica, garantizando la confidencialidad del diagnóstico de los pacientes
17	Participe en 1 reuniones, espacios de fortalecimiento, capacitaciones y actividades convocadas por la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano y/o por la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E.
18	Apoye los subprocesos de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, de acuerdo con las necesidades del servicio y en concordancia con el objeto contractual
19	Cumplí con las obligaciones contractuales dentro de los tiempos y condiciones requeridos, de acuerdo con las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales que conforman la subred, conforme al perfil definido.
20	Porté de manera visible los elementos de identificación institucional y mantener una adecuada presentación personal, en cumplimiento de los manuales y lineamientos institucionales.
21	Cumplí las demás obligaciones que se deriven directamente del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6024601307	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/07/14	$ 280.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/07/14	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/14	$ 97.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 377.500

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	*ROSMELLA ORQUIDEA HENAO PEREZ* *PS_1927_2026_782307* **ROSMELLA ORQUIDEA HENAO PEREZ** **CC: 51712656**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1927_2026_782307* **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_1927_2026_782307* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**