CUENTA DE COBRO

CUENTA DE COBRO No 001

CONTRATO 691 DE 2024

HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

NIT. 8905010438-1

DEBE A:

GLADYS AMPARO ZAPATA TRUJILLO

C.C. 36183382

LA SUMA DE:
CUATRO MILLONES CUATROSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE ($4.433.130)

POR CONCEPTO DE:

PRESTACIÓN DE SERVICIO DE PROFESIONAL SOCIAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA MODALIDAD 1000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO, EN CONCURRENCIA CON LOS SERVICIOS PROPIOS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA, **DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 20 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024.**

Cordialmente,

Gladys A Zapata

GLADYS AMPARO ZAPATA TRUJIILO
C.C. 36183382 EXPEDIDAEN NEIVA

Teléfono: 3015478356
Número de Cuenta de ahorros BANCOLOMBIA 31872201834

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	20 al 30 de septiembre
TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios
NUMERO DE CONTRATO	691
NOMBRE CONTRATISTA	GLADYS AMPARO ZAPATA TRUJILLO
DOCUMENTO CONTRATISTA	36183382
VALOR	13.299.390M/CTE
FECHA INICIO DEL CONTRATO	20 de septiembre de 2024
FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO	30 de noviembre de 2024
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE PROFESIONAL SOCIAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA MODALIDAD 1000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO, EN CONCURRENCIA CON LOS SERVICIOS PROPIOS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 20 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024.

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	HOLGER SANTOS MALDONADO
CARGO	Subgerente científico
NOMBRE SUPERVISOR DE APOYO	
CARGO/CONTRATISTA	

3. EJECUCIÓN CONTRACTUAL

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. Liderar proceso de identificación geográfica del territorio en donde se va a ejecutar la modalidad	Para realizar el proceso de identificación geográfica de los municipios Abrego, Acarí y san Calixto; se contacto a una persona que conocía la vía hacia estos municipios y la contratamos para que nos transportara.
2. Elaborar informe sobre la cultura, tradiciones, rituales de la comunidad en donde se va a atender a niñas y niños con riesgo de desnutrición y mujeres gestantes con bajo peso, especialmente, las relacionadas con alimentación y nutrición, maternidad, lactancia y alimentación complementaria.	Aun no se ha realizado dicho informe
3. En articulación con el coordinador realizar la respectiva articulación con autoridades tradicionales y actores claves del territorio en los territorios étnicos.	Se articulo junto con la coordinadora y gestores de cada municipio, la comunicación asertiva con las alcaldías, juntas de acción comunal; a quienes se les expuso la finalidad del programa mil días para cambiar el mundo y como respuesta se nos facilitaron espacios adecuados para el desarrollo de los encuentros con las comunidades respectivas; además se involucro a la emisora radial de los municipios quienes apoyaron en la divulgación del programa.
4. Solicitar la documentación básica para el ingreso de las niñas, niños y mujeres gestantes, realizando la respectiva apertura de las historias de atención, en caso de que la familia no cuente con estos realizar las gestiones pertinentes para su consecución.	Se realizaron los encuentros de focalización en cada uno de los municipios y la comunidad interesada acudió con la documentación requerida por el programa
5.Participar de la búsqueda activa de usuarios.	Al valorar el peso y talla de los niños (as) y gestantes por parte de las profesionales en nutrición y enfermería; se pudo identificar a la población indicada para hacer beneficiarios del programa (mil días para cambiar el mundo).
6. Elaborar y mantener actualizado base de información de datos de ubicación de los usuarios.	Una vez identificados los beneficiarios del programa se les diligencio el acta de ingreso y se elaboro una base de datos de sus respectivas ubicaciones
7. Realizar visita domiciliaria al 100% de los usuarios atendidos en la modalidad, acorde con la frecuencia establecida.	Las visitas domiciliarias aun o se han realizado
8. Realizar caracterización de las familias de las niñas, niños y mujeres gestantes atendidos en la modalidad.	La caracterización familiar de los niños, niñas y gestantes; se realizo y se recopilo dicha información en la primera parte del f5
9. Identificar factores protectores y de riesgo de las familias de las niñas, niños y mujeres gestantes atendidos en la modalidad.	Aun no se ha identificado los factores de riesgos; factores protectores si se han evidenciado en la mayoría de los casos
10. Acordar compromisos con las familias, con miras a reducir los factores de riesgo, realizando el respectivo seguimiento al cumplimiento de estos.	Aun no se ha concertado compromisos específicos con las familias; sol se les ha resaltado la importancia de una buena alimentación en el desarrollo adecuado de sus hijos.
11. Liderar la elaboración del Plan de Acompañamiento Familiar.	Aun no se ha elaborado plan de acompañamiento.

12. Liderar la articulación con el SNBF para contribuir en la garantía de los derechos de las niñas, niños, mujeres gestantes y sus familias, realizando las respectivas remisiones y seguimiento a las mismas.	Se registraron dos casos de desnutrición moderada en el municipio de Abrego; por lo que se activan las alarmas correspondientes.
13. Junto con el coordinador del equipo, activar la ruta de remisión a protección cuando se identifiquen casos que lo ameriten.	Se realizo la remisión al hospital regional noroccidental de Abrego de dos casos identificados con desnutrición aguda moderada en el mimo municipio.
14. Participar en la definición y ejecución de las acciones de estimulación sensorial y emocional a desarrollar con las niñas y niños usuarios de la modalidad.	Aun no se ha realizado.
15. Brindar orientación al equipo de trabajo de la modalidad en competencias y herramientas metodológicas para la realización de orientación y seguimiento domiciliario.	Todo el equipo de trabajo ha coordinado la manera en que se debe dirigir hacia las comunidades en las visitas domiciliarias.
16. Participar en el estudio de caso con el equipo interdisciplinario, para los usuarios identificados que requieren especial atención.	Aun no se ha realizado las visitas domiciliarias.
17. Elaborar, coordinar y hacer seguimiento al plan de trabajo de los gestores comunitarios, con el apoyo de los demás profesionales del equipo.	No se ha realizado.
18. Articular con el apoyo administrativo reporte de la información de la modalidad en el Formato Operativo de Reporte Social y Gestión Familiar que incluye caracterización familiar, identificación de factores protectores y de riesgo y gestiones realizadas.	Aun no se ha diligenciado en su totalidad el f5; ya que falta la visita domiciliaria.
19. Dar a conocer a las familias la oferta institucional dirigida a la primera infancia, mujeres gestantes o madres en periodo de lactancia que se encuentra en el territorio	Las familias involucradas en el programa de los tres municipios, Abrego, Hacarí y San Calixto están bien informadas de los diferentes programas y sus beneficios.
20. Brindar información y acompañamiento a familias en espacios y actividades ofrecidas por otras entidades en el territorio con el fin de fortalecer los procesos con niñas, niños y sus familias.	La mayoría de las familias que conforman el programa viven en veredas distintas y tienen poca disponibilidad de tiempo; pero si se desplazan hasta el municipio que les corresponden para realizar las citas de control medico y ahora la hacen los días indicados para el desarrollo del programa mil días para cambiar el mundo.
21. Realizar procesos de articulación que permitan a niñas, niños y sus familias participaren diferentes programas o servicios dirigidos a la primera infancia, mujeres gestantes o madres en periodo de lactancia.	Los padres ahora prefieren participar en el programa mil días para cambiar al mundo “por el bienestar de sus hijos y luego si harán parte de otros programas que se ejecutas en la región.

22. Participar y apoyar el desarrollo de estrategias para llevar a cabo el componente de Hábitos de Estilos de Vida Saludables.	Se ha hecho acompañamiento al profesional al profesional en nutrición y enfermería al realizar charlas sobre hábitos de estilos de vida saludables
23. Realizar seguimiento a las acciones de atención y gestión familiar, Formato Operativo de Reporte Social y Gestión Familiar.	Si bien es cierto que no se ha podido realizar visitas domiciliarias; estas se harán en las próximas semanas.
24. Socializar con el equipo de trabajo los resultados del trabajo con familias, niñas y niños.	Aun no se ha realizado
25. Participar en las mesas, reuniones y talleres cuando sea requerido.	Se ha tenido participación activa cada vez que se ha requerido.

14. **PRODUCTOS ENTREGABLES**

1. Liderar proceso de identificación geográfica del territorio en donde se va a ejecutar la modalidad



3. En articulación con el coordinador realizar la respectiva articulación con autoridades tradicionales y actores claves del territorio en los territorios étnicos.

Municipio de Abrego



Municipio de San Calixto



Municipio de Hacarí



4. Solicitar la documentación básica para el ingreso de las niñas, niños y mujeres gestantes, realizando la respectiva apertura de las historias de atención, en caso de que la familia no cuente con estos realizar las gestiones pertinentes para su consecución.





5.Participar de la búsqueda activa de usuarios.



6. Elaborar y mantener actualizado base de información de datos de ubicación de los usuarios.



8. Realizar caracterización de las familias de las niñas, niños y mujeres gestantes atendidos en la modalidad.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F5 MO7 PP	16/05/2017
	INSTRUMENTO PARA CARACTERIZACIÓN FAMILIAR	Versión 2	Página 1 de 5

Nombre beneficiario/a:	Tipo y documento de identidad	Dirección en donde se realizó la visita:	Fecha visita domiciliaria:
Evans Gael García Florez	R.C. # 1094585294	Cra 9 # 18-48 Apto 101 Abrego	

1. ESTRUCTURA FAMILIAR

En el siguiente cuadro registrar las personas que conviven con el niño de mayor a menor según edad

Nombre y apellido	Edad	N° Documento Identidad	Parentesco afinidad	Estado civil	Nivel escolar	Actividad económica	Afiliación salud -EPS	Tiempo De trabajo (permanente, temporal, eventual)
Jose Gregorio García Maldonado	36	CC # 1094583345	Padre	casado	Técnico Producción Agrícola	Agricola	Nueva E.P.S.	Temporal
Diany Yusbely Florez	36	CC # 1094582119	Madre	Casada	Universitaria	Ama de casa	coosalud	Permanente
Juan Marcelo García Florez	6	RC # 1094582765	Hermano	—	1º	Estudiante	coosalud	Permanente

-En el caso de niño o niña identifique con un asterisco (*) la persona que está responsable de su cuidado la mayor parte del tiempo; si la persona responsable del cuidado del niño, no conviven con él o ella relaciónelo en el cuadro anterior y en parentesco o afinidad indique que tipo de relación tiene con el/la beneficiario/a.

- Si en la estructura familiar se encuentra otra persona que está siendo atendido/a por una modalidad atención y prevención a la desnutrición identifíquelo con (AN), especificando la modalidad en situación observada.
- Si existe una madre gestante identificarla con (MG) y a una mujer en periodo de lactancia con (ML)

si el niño o niña no vive con su padre y su madre, indicar la razón	Si el niño o niña no vive con su padre y su madre, y está/n vivos, cumple con la responsabilidad de alimentos	Ha estado vinculado a otro programa del ICBF
1. Divorcio o separación: ___ 2. Fallecimiento: ___ 3. Trabajo: ___ 4. Asilo político: ___ 5. Privacidad de la libertad: ___ 6. Desaparición: ___ 7. Amenaza: ___ 8. Nunca ha convivido con el niño/a ___ 9. Otra, Cuál: ___	Si ___ NO ___	Si: cuál ___ NO: ___ Está vinculado a otro programa social Si: cuál ___ NO ___

número de personas de la familia que aportan a la economía familiar	Total, de ingresos mensuales de la familia en SMMLV
1	1. Menor o igual al 50% del SMMLV ___ 2. Entre el 50 y el 100% del SMMLV X 3. Más de 2 SMMLV: ___

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

20. Brindar información y acompañamiento a familias en espacios y actividades ofrecidas por otras entidades en el territorio con el fin de fortalecer los procesos con niñas, niños y sus familias.



21. Realizar procesos de articulación que permitan a niñas, niños y sus familias participaren diferentes programas o servicios dirigidos a la primera infancia, mujeres gestantes o madres en periodo de lactancia.



22. Participar y apoyar el desarrollo de estrategias para llevar a cabo el componente de Hábitos de Estilos de Vida Saludables.



25. Participar en las mesas, reuniones y talleres cuando sea requerido.






POBLACION A ATENDER



Anexos comunidad de Abrego







Anexos comunidad Hacarí



Anexos comunidad San Calixto









Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36183382		GLADYS AMPARO ZAPATA TRUJILLO	INDEPENDIENTE	Principal	Kdx 424-095 barrio el dorado	OCAÑA-NORTE DE SANTANDER	3015478356	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	942799124	9474061680	I	2024/10/21	2024/09/30	BANCOLOMBIA	0	$97,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																					$0	$0			$650,193	$81,300			$0	$0			$650,193		$15,900		$0	$0		$97,200
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																					$0	$0			$650,193	$81,300			$0	$0			$650,193		$15,900		$0	$0		$97,200
Ciudad: OCAÑA Depto: NORTE DE SANTANDER (1 Afiliados)																					$0	$0			$650,193	$81,300			$0	$0			$650,193		$15,900		$0	$0		$97,200
1	CC	36183382	ZAPATA GLADYS	X	X															0	$0	$0	EPS005	11	$650,193	$81,300		0	$0	$0	14-23	11	$650,193	2.436%	$15,900	0	$0	$0	No	$97,200
Total	**Afiliados(1)**																				$0	$0			$650,193	$81,300			$0	$0			$650,193		$15,900		$0	$0		$97,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36183382		GLADYS AMPARO ZAPATA TRUJILLO	INDEPENDIENTE	Principal	Kdx 424-095 barrio el dorado	OCAÑA-NORTE DE SANTANDER	3015478356	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	942799124	9474061680	I	2024/10/21	2024/09/30	BANCOLOMBIA	0	$97,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,900	$0	$0	$15,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,900	$0	$0	$15,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$81,300	$0	$0	$81,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$81,300	$0	$0	$81,300
TOTAL				1	$97,200	$0	$0	$97,200

Certificado
Bancario

Jueves, 3 de octubre de 2024

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que GLADYS AMPARO ZAPATA TRUJILLO identificado(a) con CC 36183382, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	31872201834	2024/09/13	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141038886298

(415)7707212489984(8020) 000014103888629 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 6 1 8 3 3 8 2	4	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	3 6 1 8 3 3 8 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ZAPATA	TRUJILLO	GLADYS	AMPARO

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	Cúcuta 0 0 1

41. Dirección principal: CL 3 A 3 100 BRR LA UNION

42. Correo electrónico: gladyszapata19@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 5 4 7 8 3 5 6	

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
7 7 2 2 0	2 0 2 3 0 4 0 3	1 0 8 9	2 0 1 9 0 5 0 7					

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	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 - 05 - 07 / 15 : 39: 42

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 VALBUENA VANIN BRENDA VANESSA

985. Cargo Gestor III

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO