CUENTA DE COBRO

CUENTA DE COBRO No 001

CONTRATO 600 DE 2024

HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

NIT. 8905010438-1

DEBE A:

XIOMARA GUERRERO MONTEJO
C.C. 1005660692 DE SAN CALIXTO

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 10 S E P T I E M B R E AL 09 DE OCTUBRE DE 2024.**

Cordialmente,

Xiomara Guerrero M.

XIOMARA GUERRERO MONTEJO
C.C. 1005660692 EXPEDIDA EN SAN CALIXTO NORTE DE SANTANDER
Teléfono: 3233442197
Número de Cuenta de ahorros BANCOLOMBIA 31831722048

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	10 septiembre al 09 de octubre de 2024
TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios
NUMERO DE CONTRATO	600
NOMBRE CONTRATISTA	Xiomara Guerrero Montejo
DOCUMENTO CONTRATISTA	1005660692
VALOR	16.916.900 M/CTE
FECHA INICIO DEL CONTRATO	10 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, **DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 10 SEPTIEMBRE AL 09 DE OCTUBRE 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	María Paula coronel Ojeda
CARGO	**Coordinadora SIAU**
NOMBRE SUPERVISOR DE APOYO	Nohora Serrano González
CARGO/CONTRATISTA	**Apoyo Referente Victimas De Conflicto Armado**

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 de San Calixto Laury Rodríguez, toda vez que le realizábamos las respectivas solicitudes de revisión.
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 34 planes de atención integral en Modalidad familiar que se traduce en 113 individuos, con las cuales se realizaran las visitas de acercamiento y diferentes actividades correspondientes al programa PAPSIVI RESOLUCIÓN 820, DEL PERIODO COMPRENDIDO DEL 10 SEPTIEMBRE 2024 AL 30 DE SEPTIEMBRE 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 algunos percances 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 se han realizado acciones de Desarrollo de Talento Humano que tuvieron como objetivo capacitar el equipo de trabajo PAPSIVI que estaría haciendo presencia en cada uno de los diferentes municipios
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 10 DE SEPTIEMBRE AL 09 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.

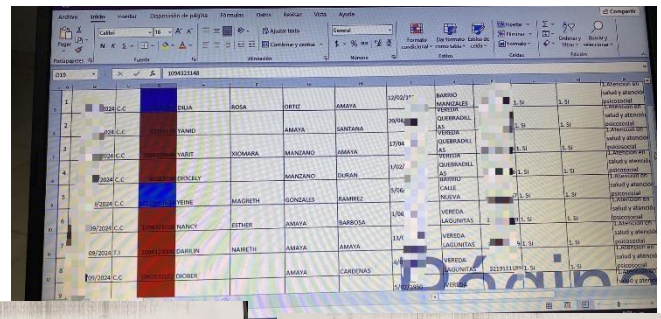
- Para este punto de verificación y por tema de confidencialidad, la encargada de hacer las respectivas consultas y verificaciones es la coordinadora del municipio Laury Rodríguez, toda vez que le realizábamos las respectivas solicitudes de revisión.

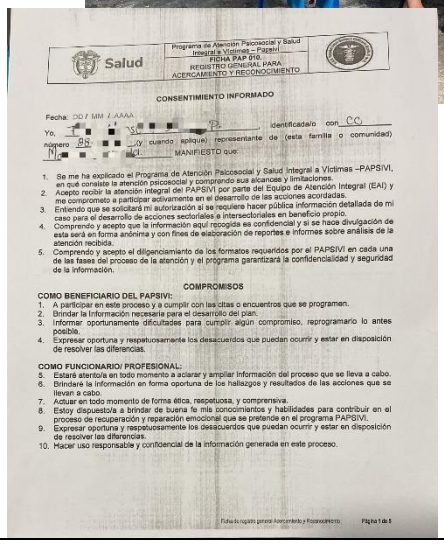
3. Participar de las Juntas Médicas del equipo de Atención Integral para la formulación y seguimiento del plan de atención integral.

- 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,






Salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI
FICHA PAP 010.
REGISTRO GENERAL PARA ACERCAMIENTO Y RECONOCIMIENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: DD / MM / AAAA

Yo, [redacted] identificado/a con CC

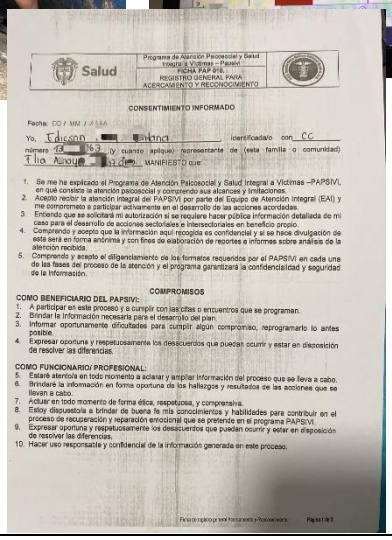
número [redacted] (y cuando aplique) representante de (esta familia o comunidad) [redacted] MANIFIESTO que:

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 010.
REGISTRO GENERAL PARA ACERCAMIENTO Y RECONOCIMIENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: DD / MM / AAAA

Yo, [redacted] identificado/a con CC

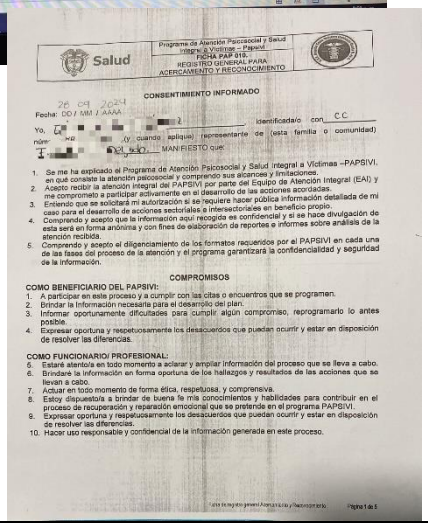
número [redacted] (y cuando aplique) representante de (esta familia o comunidad) [redacted] MANIFIESTO que:

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 010.
REGISTRO GENERAL PARA ACERCAMIENTO Y RECONOCIMIENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 26 09 2024

Yo, [redacted] identificado/a con CC

número [redacted] (y cuando aplique) representante de (esta familia o comunidad) [redacted] 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.

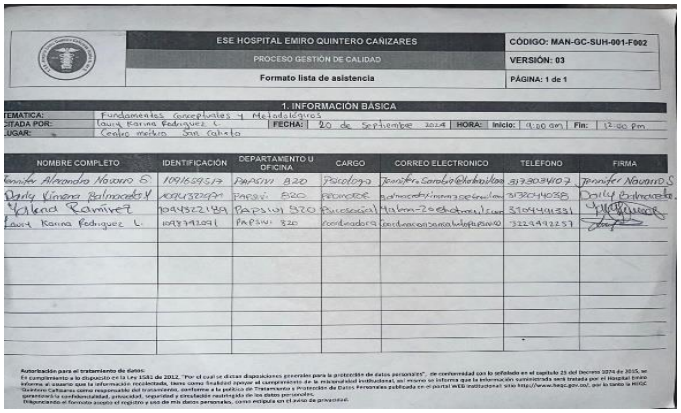
- A la fecha, desde la vigencia del contrato se han realizado acciones de Desarrollo de Talento Humano que tuvieron como objetivo capacitar el equipo de trabajo PAPSIVI que estaría haciendo presencia en cada uno de los diferentes municipios





- Se han realizado reuniones con la coordinadora Laury Karina Rodríguez a fin de coordinar avances, resolver dudas organizar espacios, tiempos y momentos de trabajo y a su vez la supervisión y seguimiento por la coordinadora Laury Rodríguez respecto al trabajo que se viene realizando.





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 BÁSICA

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

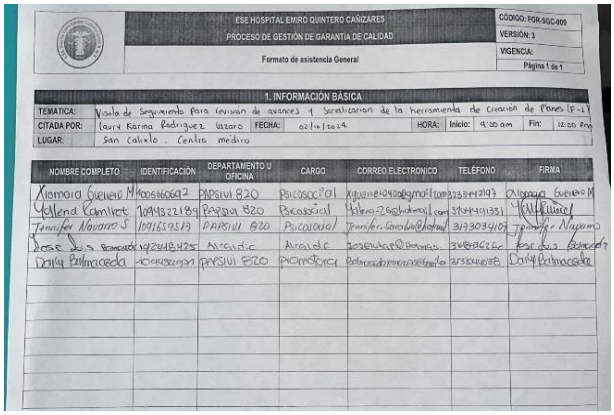
NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACIÓN	DEPARTAMENTO U OFICINA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO	FIRMA
Jennifer Alexandra Navarro S.	1091695717	PAPSIVI B2O	Psicologa	Jennifer.Sarabia@hotmail.com	3173034107	Jennifer Navarro S.
Daily Ximena Palmacedo Y.	1004322697	PAPSIVI B2O	Psicologa	palmacedo.ximena@gmail.com	3130740385	Daily Palmacedo
Yolend Ramirez	1094521484	PAPSIVI B2O	Psicosocial	Melem-2@hotmail.com	3104441231	
Laury Karina Rodriguez L.	1093791091	PAPSIVI B2O	Coordinadora	Coordinacionsanvicente@gmail.com	3224992251	

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 cumplir 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.hegc.gov.co/, por lo tanto la ESE "Garantiza confidencialidad, privacidad, seguridad y circulación restringida de los datos personales.
Diligenciando el formato acepto el registro y uso de mis datos personales, como evidencia en el aviso de privacidad.

PRESENTACION DEL EQUIPO PAPSIVI ANTE LA PERSONERIA MUNICIPAL SAN CALIXTO



2 octubre 2024



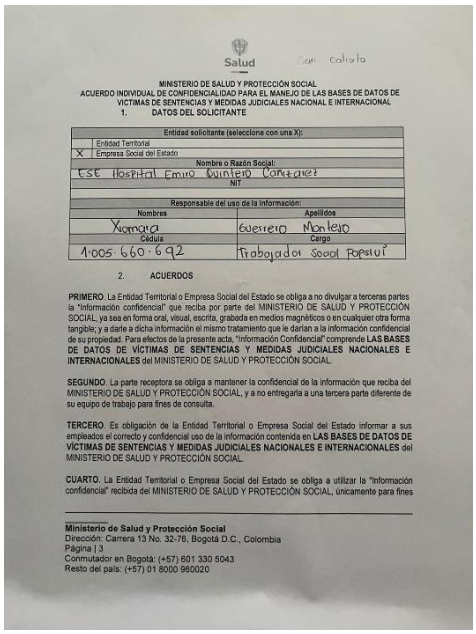
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
PROCESO DE GESTIÓN DE GARANTÍA DE CALIDAD
Formato de asistencia General
CÓDIGO: FOR-SGC-009
VERSIÓN: 3
VIGENCIA:
Página 1 de 1

1. INFORMACIÓN BÁSICA

TEMÁTICA: Visita de Seguimiento para revisar de avances y socializacion de la herramienta de Creación de Planes (F-1
CITADA POR: Laura Karina Rodriguez Lazaro FECHA: 02/10/2024 HORA: Inicio: 9:30 am Fin: 12:00 Pm
LUGAR: San Calixto . Centro medico

NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACIÓN	DEPARTAMENTO U OFICINA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO	FIRMA
Xiomara Guerrero M	1005660692	PAPSIVI 820	Psicosocial	xguerrero1040@gmail.com	3233442143	Xiomara Guerrero M
Yelleni Ramirez	1094822184	Papsivi 820	Psicosocial	Yeleni-26@hotmail.com	3104401331	Yelleni Ramirez
Jennifer Navarro S	1091659519	PAPSIVI 820	Psicologa	Jennifer.Sorelia@hotmail.com	3173034104	Jennifer Navarro
Jose [illegible]	1092418425	Auxiliar	Auxiliar	joselenitar@hotmail.com	3148862cc	Jose [illegible]
Daily Palmacedo	1004522931	PAPSIVI 820	promotora	dailymacedomendoza@gmail.com	3135446838	Daily Palmacedo

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



Salud — San Calixto

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
Nombre o Razón Social:	
ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares	
NIT	
Responsable del uso de la información:	
Nombres	Apellidos
Xiomara	Guerrero Montejo
Cédula	Cargo
1.005.660.692	Trabajadora Social Papsivi

2. ACUERDOS

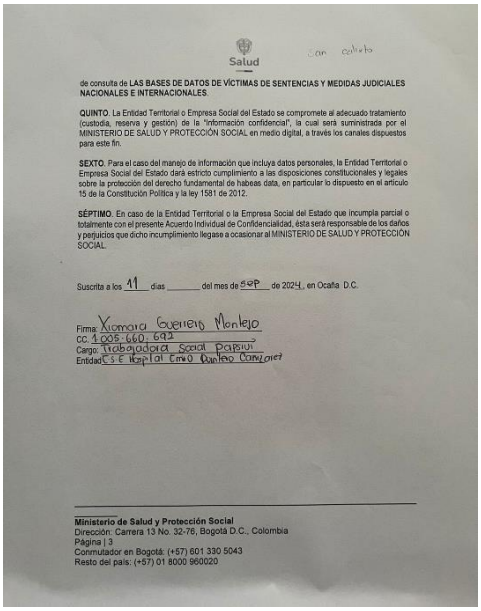
PRIMERO. La Entidad Territorial o Empresa Social del Estado se obliga a no divulgar a terceras partes la "información confidencial" que reciba por parte del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible; 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 obligación 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 — San Calixto

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 será 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 SEP de 2024, en Ocaña. D.C.

Firma: Xiomara Guerrero Montejo
CC: 1.005.660.692
Cargo: Trabajadora Social Papsivi
Entidad: E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares

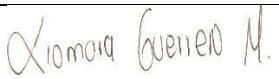
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Página | 3
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

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 hospital del municipio de San Calixto Norte de Santander

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	
Nombre Completo:	XIOMARA GUERRERO MONTEJO
N° Documento:	1005660692 de San Calixto

Certificación
Bancaria

Jueves, 26 de septiembre de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que XIOMARA GUERRERO MONTEJO identificado(a) con CC 1005660692, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	31831722048	2022-01-27	ACTIVO	*****

***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 a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141131354122

(415)7707212489984(8020) 000014113135412 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 5 6 6 0 6 9 2	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	1005660692	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Norte de Santander 5 4	San Calixto 6 7 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUERRERO	MONTEJO	XIOMARA	

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	San Calixto 6 7 0

41. Dirección principal: KDX C2 - 260 BRR EL TAMACO

42. Correo electrónico: xguerrero400@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3233442197	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8299	2024,02,02						

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 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 - 28 / 01 : 19: 26

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.

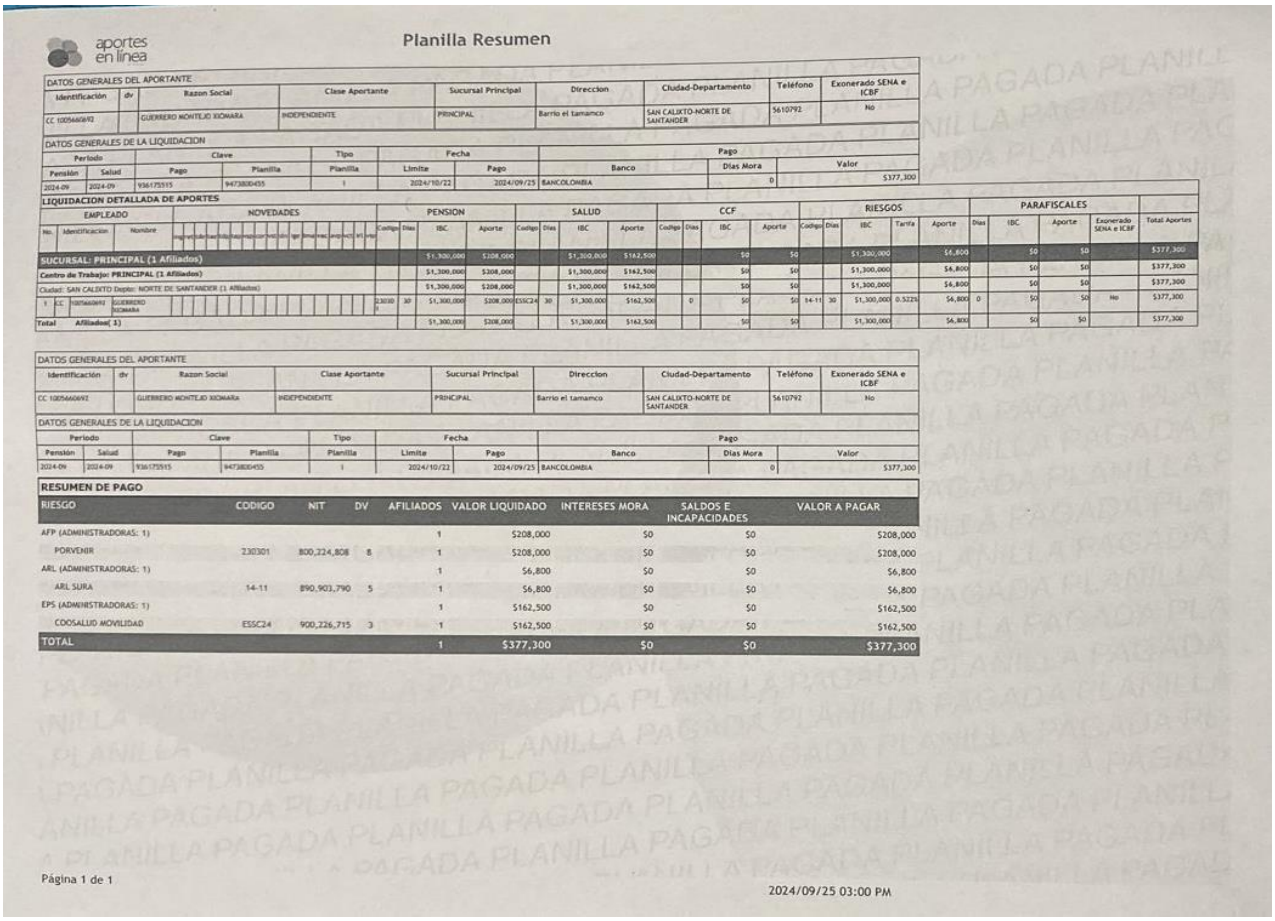
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 28-09-2024 01:19:27AM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1005660692		GUERRERO MONTEJO XIOMARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Barrio el tamarco	SAN CALIXTO-NORTE DE SANTANDER	5610792	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	936175915	9473800455	I	2024/10/22	2024/09/25	BANCOLOMBIA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificacion	Nombre		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)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Ciudad: SAN CALIXTO Depto: NORTE DE SANTANDER (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
1	CC 1005660692	GUERRERO XIOMARA		230301	30	$1,300,000	$208,000	ESSC24	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	0.5225	$6,800	0	$0	$0	No	$377,300
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1005660692		GUERRERO MONTEJO XIOMARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Barrio el tamarco	SAN CALIXTO-NORTE DE SANTANDER	5610792	No

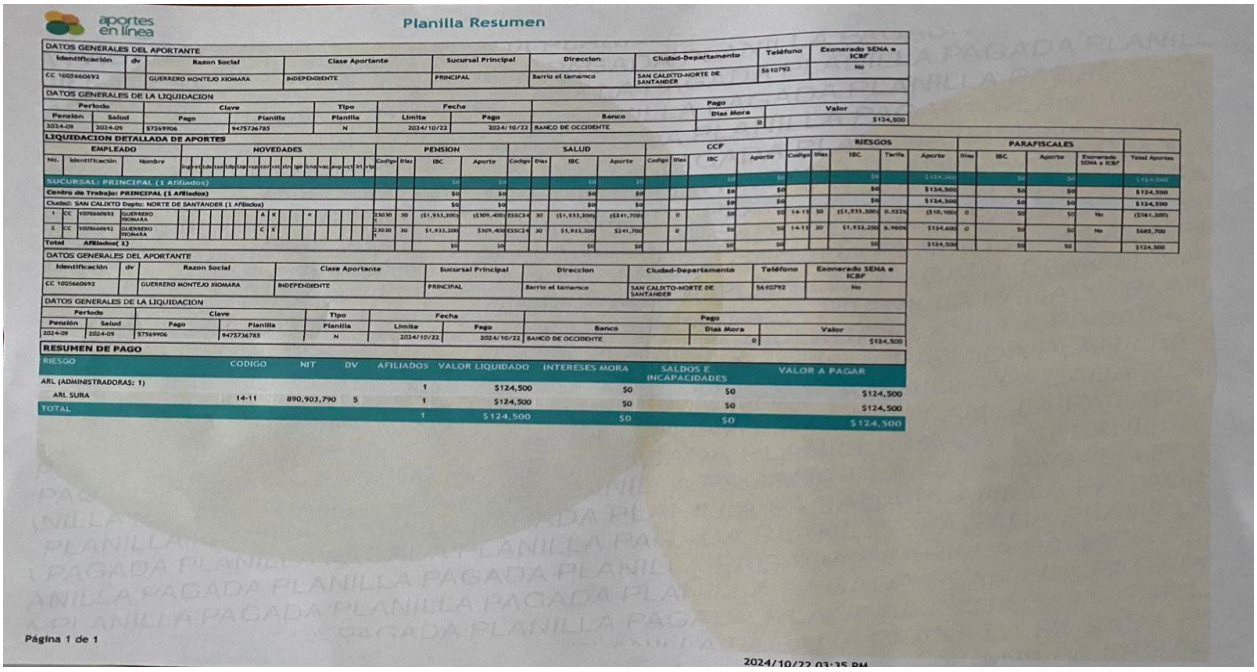
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	936175915	9473800455	I	2024/10/22	2024/09/25	BANCOLOMBIA	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

2024/09/25 03:00 PM



aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1005660692		GUERRERO MONTEJO XIOMARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Barrio el tamarco	SAN CALIXTO-NORTE DE SANTANDER	5610792	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	$7569906	9475736785	N	2024/10/22	2024/10/22	BANCO DE OCCIDENTE	0	$124,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		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			$0	$0			$0	$0			$0		$124,500		$0	$0		$124,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$0		$124,500		$0	$0		$124,500
Ciudad: SAN CALIXTO Depto: NORTE DE SANTANDER (1 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$0		$124,500		$0	$0		$124,500
1	CC 1005660692	GUERRERO XIOMARA	A X	230301	30	($1,933,300)	($309,400)	ESSC24	30	($1,933,300)	($241,700)		0	$0	$0	14-11	30	($1,933,300)	0.5225	($10,100)	0	$0	$0	No	($561,200)
2	CC 1005660692	GUERRERO XIOMARA	C X	230230	30	$1,933,300	$309,400	ESSC24	30	$1,933,300	$241,700		0	$0	$0	14-11	30	$1,933,300	6.9609	$134,600	0	$0	$0	No	$685,700
Total Afiliados(1)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$0		$124,500		$0	$0		$124,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1005660692		GUERRERO MONTEJO XIOMARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Barrio el tamarco	SAN CALIXTO-NORTE DE SANTANDER	5610792	No

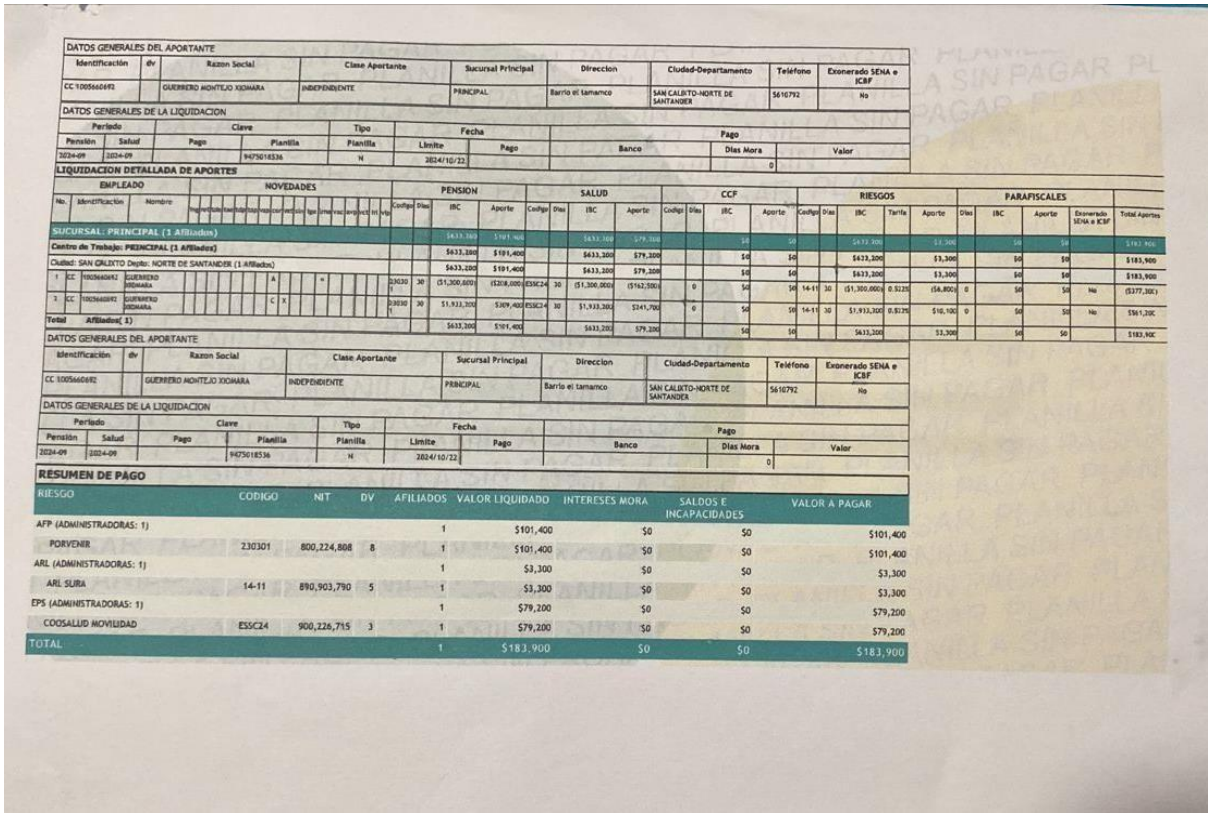
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	$7569906	9475736785	N	2024/10/22	2024/ 10/22	BANCO DE OCCIDENTE	0	$124,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$124,500	$0	$0	$124,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$124,500	$0	$0	$124,500
TOTAL				1	$124,500	$0	$0	$124,500

2024/10/22 03:35 PM



DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1005660692		GUERRERO MONTEJO XIOMARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Barrio el tamarco	SAN CALIXTO-NORTE DE SANTANDER	5610792	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		9475018536	N	2024/10/22			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES		PENSION			SALUD				CCF			RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre			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)							$633,300	$101,400			$633,300	$79,200			$0	$0			$633,300		$3,300		$0	$0		$183,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$633,200	$101,400			$633,200	$79,200			$0	$0			$633,200		$3,300		$0	$0		$183,900
Ciudad: SAN CALIXTO Depto: NORTE DE SANTANDER (1 Afiliados)							$633,200	$101,400			$633,200	$79,200			$0	$0			$633,200		$3,300		$0	$0		$183,900
1	CC	1005660692	GUERRERO XIOMARA	A	23030 1	30	($1,300,000)	($208,000)	ESSC24	30	($1,300,000)	($162,500)		0	$0	$0	14-11	30	($1,300,000)	0.3125	($14,800)	0	$0	$0	No	($377,300)
2	CC	1005660692	GUERRERO XIOMARA	C X	23030 1	30	$1,933,300	$309,400	ESSC24	30	$1,933,300	$241,700		0	$0	$0	14-11	30	$1,933,300	0.3125	$10,100	0	$0	$0	No	$561,200
Total Afiliados(1)							$633,300	$101,400			$633,200	$79,200			$0	$0			$633,300		$3,300		$0	$0		$183,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1005660692		GUERRERO MONTEJO XIOMARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Barrio el tamarco	SAN CALIXTO-NORTE DE SANTANDER	5610792	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		9475018536	N	2024/10/22			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$101,400	$0	$0	$101,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$101,400	$0	$0	$101,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,300	$0	$0	$3,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$3,300	$0	$0	$3,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$79,200	$0	$0	$79,200
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$79,200	$0	$0	$79,200
TOTAL				1	$183,900	$0	$0	$183,900