Ocaña, 31 de agosto de 2025

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

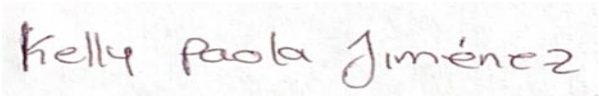
Yo Kelly Paola Jiménez Ropero, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **1094581286** expedida **Abrego,** me permito mediante el presente escrito, presentar los documentos que se anexan a la presente para que sean revisados por quien corresponda en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, con base a los siguientes datos, a saber:

VALOR DEL CONTRATO	21.231.264,29 COP
VALOR CUENTA A PRESENTAR	4.246.252 COP
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	DEL **6** AL 31 DE AGOSTO DE 2025
SUPERVISOR DEL CONTRATO	HOLGER SANTOS

Se presentan como soporte de la cuenta correspondiente, los siguientes documentos:

	CONTRATISTA	
SOPORTES	**APLICA**	**CUMPLE**
1. Factura Electrónica	NO	
2.Cuenta de Cobro	SI	X
3. Informe de Actividades	SI	X
4. Pago de la Planilla de seguridad social	SI	X

Atentamente,



KELLY PAOLA JIEMENEZ ROPERO
CC.1094581286

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No. 1
CONTRATO No 701-2025

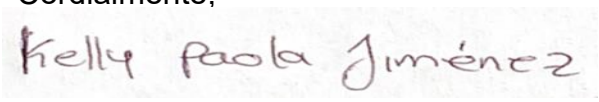
DEBE A:
KELLY PAOLA JIMENEZ ROPERO
CC. 1094581286

LA SUMA DE:
CUATRO MILLONES DOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MCTE.
. ($4.246.252)

PERIODO:
DEL 6 DE AGOSTO AL 31 DE AGOSTO DE 2025

POR CONCEPTO DE: PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES PLASMADAS EN LA GUÍA OPERATIVA DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN EL HOGAR, EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NUMERO 54004552025 CELEBRADO ENTRE LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES Y EL ICBF.

Cordialmente,

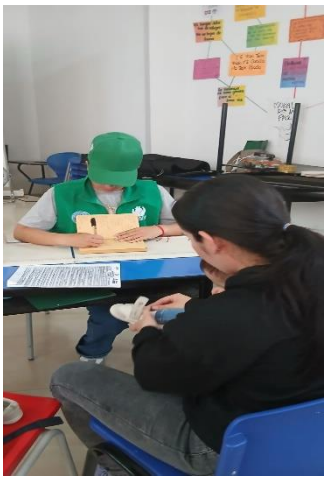


KELLY PAOLA JIMENEZ ROPERO
C.C. 1094581286
CELULAR: 3226980773
CUENTA DE AHORRO BANCOLOMBIA N° 70977193727

INFORME DE ACTIVIDADES

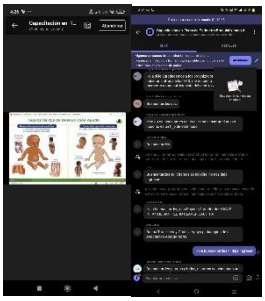
INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	**KELLY PAOLA JIMENEZ ROPERO**	**CÉDULA**	**1094581286**
SUPERVISOR	HOLGER SANTOS	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – PROGRAMA INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN OCAÑA ICBF
PERFIL	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	**PERIODO DEL INFORME**	DEL **6** AL 31 DE AGOSTO DE 2025
No. CONTRATO	701-2025		
OBJETO	prestación de servicio de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería para la ejecución de las acciones plasmadas en la guía operativa del servicio de recuperación nutricional en el hogar, en el marco del convenio interadministrativo numero 54004552025 celebrado entre la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares y el ICBF		
VIGENCIA	5 MESES		

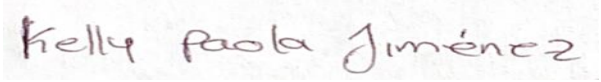
CONTROL DE ACTIVIDADES			
N	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACTIVIDAD EJECUTADA**	**EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD**
1	Realizar el acercamiento con actores clave del territorio, incluyendo líderes comunitarios, instituciones de salud, autoridades locales y organizaciones sociales, con el fin de fortalecer la articulación territorial e identificar factores determinantes que incidan en la situación nutricional de la población.	- Campañas publicitarias por canales de comunicación, redes sociales, alcaldía municipal, hospital regional. - contacto con lideres sociales de la región para convocar a jornadas de tamizaje nutricional.	 

2	-Apoyar el proceso de focalización de los 100 usuarios asignados a la Unidad de Servicio, incluyendo niños y niñas de 0 a 5 años con desnutrición aguda moderada o severa, y mujeres gestantes con malnutrición, garantizando su identificación, vinculación y el mantenimiento de dicha población durante toda la ejecución del convenio. -Verificar que cada usuario focalizado cuente con la documentación requerida, de conformidad con la Guía Operativa del ICBF, asegurando que se recopilen y mantengan actualizados los formatos, consentimientos, fichas de ingreso y demás soportes necesarios para su atención integral. -Entregar en medio físico y digital la información que le corresponda diligenciar, relacionada con su rol dentro del equipo de la Unidad de Servicio, conforme a los formatos y lineamientos definidos por la E.S.E. y el ICBF.	-focalización en encuentro organizado en el centro de convivencia Abrego, donde realice toma de medidas antropométricas a niños de 0 a 5 años y mujeres gestantes.	 
3	-Apoyar el proceso de focalización de los 100 usuarios asignados a la Unidad de Servicio, incluyendo niños y niñas de 0 a 5 años con desnutrición aguda moderada o severa,	-focalización en encuentro organizado en el parque infantil del municipio de Abrego, donde realice toma de medidas antropométricas niños de o a 5 años y mujeres gestantes, así como también ayuda a diligenciar formatos.	

	y mujeres gestantes con malnutrición, garantizando su identificación, vinculación y el mantenimiento de dicha población durante toda la ejecución del convenio. -Verificar que cada usuario focalizado cuente con la documentación requerida, de conformidad con la Guía Operativa del ICBF, asegurando que se recopilen y mantengan actualizados los formatos, consentimientos, fichas de ingreso y demás soportes necesarios para su atención integral. -Entregar en medio físico y digital la información que le corresponda diligenciar, relacionada con su rol dentro del equipo de la Unidad de Servicio, conforme a los formatos y lineamientos definidos por la E.S.E. y el ICBF.		  

4	-Apoyar el proceso de focalización de los 100 usuarios asignados a la Unidad de Servicio, incluyendo niños y niñas de 0 a 5 años con desnutrición aguda moderada o severa, y mujeres gestantes con malnutrición, garantizando su identificación, vinculación y el mantenimiento de dicha población durante toda la ejecución del convenio. -Verificar que cada usuario focalizado cuente con la documentación requerida, de conformidad con la Guía Operativa del ICBF, asegurando que se recopilen y mantengan actualizados los formatos, consentimientos, fichas de ingreso y demás soportes necesarios para su atención integral. -Entregar en medio físico y digital la información que le corresponda diligenciar, relacionada con su rol dentro del equipo de la Unidad de Servicio, conforme a los formatos y lineamientos definidos por la E.S.E. y el ICBF.	-focalización puerta a puerta en los diferentes barrios y sitios públicos de Abrego, realizando toma de medidas antropométricas a niños de o a 5 años y mujeres gestantes.	  
	Asegurar la entrega completa y oportuna de la Ración Familiar Para Preparar – RFPP a la totalidad de los usuarios vinculados, siguiendo los lineamientos técnicos de distribución, registro y trazabilidad establecidos en la Guía Operativa.	Esta actividad aún no se ha realizado	NA

	-Elaborar y entregar el plan de trabajo mensual al coordinador de la Unidad de Servicio (UDS), especificando actividades programadas, metas operativas, cronograma y territorios a intervenir. -Brindar capacitación al equipo de trabajo de la unidad de servicio en temas relevantes para la adecuada ejecución del convenio, así como capacitar a los usuarios y sus familias en asuntos relacionados con salud, nutrición, higiene, autocuidado y otras temáticas propias de su área de formación. 8. Asistir de manera puntual a los encuentros técnicos, reuniones operativas, comités y demás espacios convocados, y apoyar activamente todas las actividades programadas por la E.S.E. o el ICBF en desarrollo del convenio.	Se participó en las diferentes charlas y capacitaciones virtuales y presenciales ofrecidas por el ICBF	 
	Presentar un informe mensual de ejecución de actividades, que contenga el detalle de las acciones realizadas, avances frente a las metas asignadas, novedades, dificultades encontradas, usuarios atendidos y resultados obtenidos, adjuntando los respectivos soportes.	Se entrega mensualmente un informe de actividades para evaluar el cumplimiento de objetivos del programa.	

CONTRATIASTA	
NOMBRE	**KELLY PAOLA JIMENEZ ROPERO**
FIRMA	

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14834705967

(415)7707212489984(8020) 000001483470596 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 4 5 8 1 2 8 6	4	Impuestos de Cúcuta 7	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 4 5 8 1 2 8 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Abrego 0 0 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
JIMENEZ	ROPERO	KELLY	PAOLA

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	Abrego 0 0 3

41. Dirección principal
CR 3 A 18 35 A BRR SANTA BARBARA

42. Correo electrónico kjimenezropero1998@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 6 9 8 0 7 7 3	

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 1 7 0 8 1 8						5 1 3 2	

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 0																									

20- Obtención NIT

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

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 JIMENEZ ROPERO KELLY PAOLA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 29-07-2025 09:02:36AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

Certificación
Bancaria

Viernes, 18 de julio de 2025

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que KELLY PAOLA JIMENEZ ROPERO identificado(a) con CC 1094581286, 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 de ahorros	70977193727	2025-01-21	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

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1094581286
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KELLY PAOLA JIMENEZ ROPERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ABREGO	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	ABREGO	TELÉFONO:	5642840
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de apoyo terapéutico.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7985030981**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/09/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1742418754

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		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 271.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 271.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9002267153	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	$ 212.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 212.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 41.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 41.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 525.600**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 525.600**

Planilla Pagada