Ocaña, 30 de septiembre de 2025

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

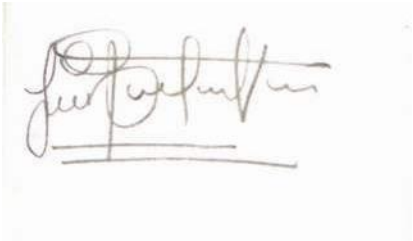
Yo, **LISBETH DAYANA VILLAMIZAR PALLARES** identificada con la cédula de ciudadanía 1.091.682.163 expedida **en Ocaña**, me permito mediante el presente escrito, presentar los documentos que se anexan a la presente para que sean revisados por quien corresponda en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, con base a los siguientes datos, a saber:

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$8.343.750
VALOR CUENTA A PRESENTAR	$2.781.250
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	DEL **27 DE JULIO** AL 26 DE AGOSTO DE 2025
SUPERVISOR DEL CONTRATO	HOLGER SANTOS MALDONADO

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,



LISBETH DAYANA VILLAMIZAR PALLARES
CC. 1091.682.163

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No. 2
CONTRATO No 450-2025

DEBE A:
LISBETH DAYANA VILLAMIZAR PALLARES. CC
1.091.682.163

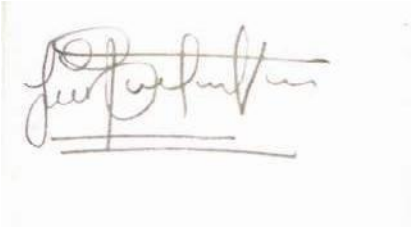
LA SUMA DE:
DOS MILONES SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL DOCIENTOS CINCUENTA PESOS MC ($2.781.250)

PERIODO:
DEL 27 DE JULIO AL 26 DE AGOSTO DE 2025

POR CONCEPTO DE:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1499 DEL 2024 Y A LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES.

¨Se tomarán como Cosos o Deducciones Asociados a la Rentas de Trabajo por los Servicios Prestados (Rentas exentas del Numeral 10 de Articulo 206 de ET¨	SI	NO
	X	

Cordialmente,



LISBETH DAYANA VILLAMIZAR PALLARES
CC. 1091.682.163
CELULAR 3103194020
CUENTA DE AHORRO BANCOLOMBIA NRO. 318-660198-54

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	**LISBETH DAYANA VILLAMIZAR PALLARES**	**CÉDULA**	**1.091.682.163**
SUPERVISOR	HOLGER SANTOS MALDONADO	**SERVICIO/ÁREA**	SUBDIRECCION CIENTIFICA
PERFIL	**TECNICO EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**	**PERIODO DEL INFORME**	DEL 27 DE JULIO AL 26 DE AGOSTO DE 2025
No. CONTRATO	450 DE 2025		
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1499 DEL 2024 Y A LOS LINIEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES.		
VIGENCIA	3 MESES.		

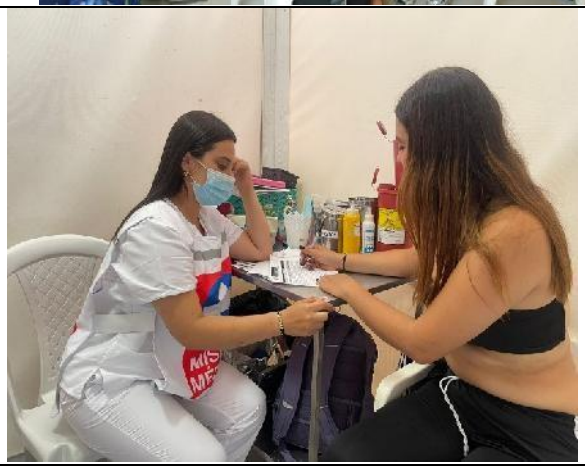
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD EJECUTADA	EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD
1. Informar a la comunidad sobre las acciones o actividades de los equipos básicos.	Informé a las familias durante visitas domiciliarias sobre el trabajo de los Equipos Básicos en Salud y los servicios disponibles.	
2. Generar espacios de participación social y popular, veredas, barrios y microterritorio.	Organicé y participé en encuentros comunitarios para promover la participación de líderes sociales y habitantes en temas de salud.	

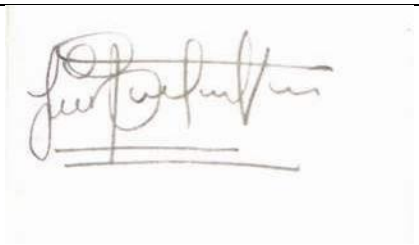
3. Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) de acuerdo con las necesidades identificadas, realizado canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina).	Gestioné citas para atención médica general, odontología, enfermería y apoyo diagnóstico de acuerdo con las valoraciones iniciales.	
4. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud para la captación de cada uno de los ciclos de vida de la población según Resolución 3280 del 2018, captación y notificación de los eventos de interés en salud pública	Realicé seguimiento a la captación de cada ciclo de vida y notifiqué los eventos de interés en salud pública según protocolos.	

5. Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia, persona y hogares.	Registré antecedentes personales y familiares que pudieran representar un riesgo para la salud individual o colectiva.	
6. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, e identificación de riesgos y alarma, promover prácticas de autocuidado	Promoví prácticas saludables como lavado de manos, alimentación balanceada, actividad física y adherencia a tratamientos.	
7. Identificar las prioridades a nivel individual, familiar y colectivo por edad, sexo, genero, etnia.	Identifiqué necesidades prioritarias diferenciadas por edad, género y condición social mediante entrevistas y observación directa.	

8. Verificar el estado de aseguramiento en salud de los individuos y gestionar, de requerirse la afiliación a la EPS.	Verifiqué el estado de afiliación a EPS durante cada visita domiciliaria y orienté a los no asegurados para realizar el proceso de afiliación.	
9. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y otros sectores de acuerdo con sus necesidades.	Informé a las familias sobre los servicios disponibles en el centro de salud y cómo acceder a ellos.	
10. Canalizar la oferta de servicios brindada por otros sectores conforme a la necesidades y prioridades identificadas	Canalicé casos a programas sociales, psicológicos y educativos cuando se detectaron necesidades no cubiertas por el sector salud.	

11. formular el plan de cuidado primario individual, familiar, colectivo con base a la identificación de las necesidades.	Apoyé al profesional de enfermería en la formulación de planes de cuidado ajustados a las necesidades identificadas durante las visitas.	
12. valoración del primer contacto de acuerdo con Familiograma APGAR escala de sobrecarga, ZARIT, ecomapa.	Recopilé información clave para el análisis del entorno y la funcionalidad familiar.	
13. caracterización socioambiental individual y familiar.	Realicé caracterización del entorno social y ambiental de las viviendas, identificando factores de riesgo y recursos comunitarios.	
14. apoyo en la lactancia materna.	Brindé orientación a madres lactantes sobre técnicas adecuadas de lactancia y resolución de dificultades comunes.	

15. Gestión remisión de vacunación.	Participé en jornadas de vacunación y búsqueda activa de niños y adultos pendientes por dosis	
16. Toma de muestras de laboratorio	Apoyé al personal autorizado en la preparación del usuario para toma de muestra, y realicé toma de muestras cuando estaba dentro de mis competencias como auxiliar y bajo supervisión.	

CONTRATIASTA	
NOMBRE	**LISBETH DAYANA VILLAMIZAR PALLARES**
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1091682163
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LISBETH DAYANA VILLAMIZAR PALLARES
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	KDX 087 -850 CRSITO REY	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**1112244665**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/08/05		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	511383600

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	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 34.700	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 34.700
SUBTOTALES:									**$ 34.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 34.700**

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 SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	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 ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1091682163	VILLAMIZAR PALLARES LISBETH DAYANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	109168216	$ 34.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 440.500

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Occidente

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1091682163
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LISBETH DAYANA VILLAMIZAR PALLARES
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	KDX 087 -850 CRSITO REY	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**1112449641**		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):		2025/09/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		25594164

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 227.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 178.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 34.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 34.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 440.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 440.500**

Planilla Pagada

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LISBETH DAYANA VILLAMIZAR PALLARES** identificado con **CC** No. **1091682163,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
NI 890501438 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	**Fecha de inicio de cobertura: 10/09/2025** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Fecha de inicio de Contrato: 26/06/2025** **Fecha fin de Contrato: 25/09/2025** **Tipo Vinculación: INDEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 3**

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá. a los 17 días del mes de septiembre de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MAS_4_1_3_FR35 v_010