Ocaña, 28 de septiembre 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 **en ábrego**, 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	4.246.253 COP
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	DEL 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE 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 JIMENEZ ROPERO
CC.1094581286

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No. 2
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 TRES PESOS MCTE
($4.246.253)

PERIODO:
DEL 1 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025

POR CONCEPTO DE: PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE LAS ACCIONES PLASMADAS EN LA GUIA OPERATIVA DEL SERVICIO DE RECUPERACION NUTRICIONAL EN EL HOGAR, EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NUMERO 54004552025CELEBRADO ENTRE LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES Y EL ICBF.

Se tomarán costos o deducciones asociados a las rentas de trabajo por los servicios prestados (Rentas exentas numeral 10 del artículo 206 del ET)	SI	NO
	X	

Cordialmente

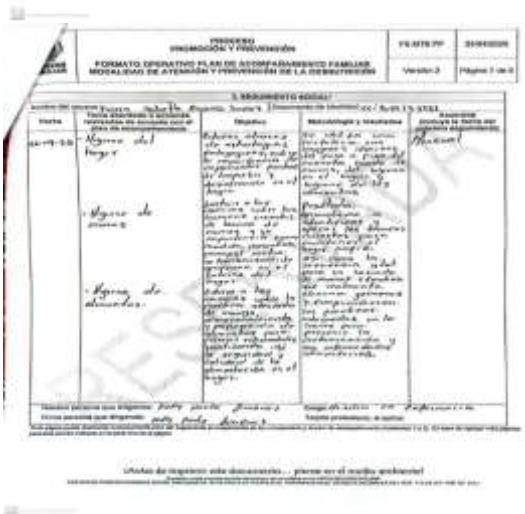
Kelly Paola Jiménez

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	SUBGERENCIA CIENTIFICA	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – PROGRAMA INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN **ABREGO ICBF**
PERFIL	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	**PERIODO DEL INFORME**	DEL **1** AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025
No. CONTRATO	701-2025		
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE LAS ACCIONES PLASMADAS EN LA GUIA OPERATIVA DEL SERVICIO DE RECUPERACION NUTRICIONAL EN EL HOGAR, EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NUMERO 54004552025CELEBRADO 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	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.	-La actividad de focalización se realizó en el mes de agosto.	NA

2	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.	-Esta actividad no corresponde a mis responsabilidades contractuales.	NA
3	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.	-Se diligencio los formatos f5, referente a las visitas en el hogar, con el objetivo de identificar factores de riesgo y factore protectores, dando paso al plan de acompañamiento familiar.	 PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO OPERATIVO PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN FT.MTE.PP Versión: 2 Página 1 de 8 El Plan de Acompañamiento Familiar se basa en la caracterización familiar y la evaluación del estado nutricional previamente realizadas. El presente formato comprende tres partes: en la primera, se identifican los factores protectores y de riesgo; en la segunda, se establece el plan de acompañamiento familiar; y en la tercera, se realiza el seguimiento de este. 1. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO Y SEGUIMIENTO DE COMPROMISOS 1.1. FACTORES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN ATENCIONES / FACTOR / LIMITACIONES / ACUERDO DE COMPROMISOS O SUGERENCIAS / SEGUIMIENTO COMPROMISOS (FECHA, CUMPLIDO) 1. Conoce la importancia de la lactancia humana en la primera hora con nacimiento del bebé. 2. Ofrece lactancia humana durante la primera hora del nacimiento al bebé. 3. En niños y niñas de 0 a 6 meses se le proporciona lactancia humana exclusiva a libre demanda. 4. En niños y niñas de 6 meses a 2 años se les proporciona alimentación complementaria. 5. Se reporta recibir de ingesta después de utilizar el sanitario y antes de la preparación y/o consumo de alimentos. 6. Cuenta con agua potable o con alguna técnica para obtener agua para el consumo humano. 7. Se lavan los alimentos con agua segura para el consumo antes de su preparación y consumo. 8. En la preparación se prefiere el consumo de alimentos de origen animal como carne de res, cerdo, pollo, huevo, salmón, atún, leche, yogurt, cuajada, queso y vísceras de res. 9. En la alimentación diaria se prefiere el consumo de alimentos frutas y verduras. ¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!  PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO OPERATIVO PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN FT.MTE.PP Versión: 2 3. SEGUIMIENTO SOCIAL Fecha / Objetivo / Metodología y resultados / Asistencia (incluye la fecha del próximo seguimiento) ¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

PROCESO

4	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.	-Esta actividad no corresponde a mis actividades contractuales.	NA
5	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 no corresponde a mis actividades contractuales.	NA
6	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.	-se realiza elaboración y su respectiva entrega del plan de trabajo des mes de septiembre a la coordinadora de mi unidad.	PLAN DE TRABAJO MES DE SEPTIEMBRE Auxiliar en Enfermería: Kelly Paola Jimenez Ropero 

7	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.	-realizo capacitación casa a casa a 25 usuarios sobre el tema la importancia de la higiene de manos, alimentos y del hogar.	 
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.	-Durante el mes de septiembre participe en las diversas reuniones con el equipo de trabajo con la finalidad de planificar y organización de las diferentes actividades a realizar en este mes.	 

9	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 realiza el respectivo de informe del mes de septiembre, con el detalle de las actividades.	 **INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES MES DE SEPTIEMBRE 2025.**
10	Ejecutar todas las demás actividades que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual, siempre que estén enmarcadas dentro de las funciones del perfil, los lineamientos del ICBF, y las disposiciones técnicas, administrativas y operativas del convenio.	-Durante el mes de septiembre se llevo a cabo el encuentro grupal y entrega de RFPP a los usuarios, divididas en dos jornadas donde se realizaron charlas y encuentros pedagógicos, relacionada con temática “agarre perfecto y posiciones para amamantar” por medio de actividades pedagógicas que consistía en enseñar, aclarar y reforzar verdades en torno al tema. Asimismo, se realizo la toma de medidas antropométricas (peso, talla, perímetro braquial).	

CONTRATIASTA	
NOMBRE	**KELLY PAOLA JIMENEZ ROPERO**
FIRMA	Kelly Paola Jiménez

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

CS Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1094951186
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			RELLY PAOLA JIMENEZ ROPERO
CIUDAD/MUNICIPIO:		AMBITO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:		AMBITO:	DEPARTAMENTO:
TIPO APORTANTE:		TELÉFONO:	5942843
TIPO EMPRESA:		ID RESPONSABLE:	CLASE APORTANTE:
FORMA DE PRESENTACIÓN:		PRIVADA:	ACTIVIDAD ECONÓMICA:
APORTANTE FACULTADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		DIECO:	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			75850558424	TIPO DE PLANILLA:			I-MISPRESENTES
PERIODO COTIZACIÓN SYNOS:	MES	septiembre	AÑO: 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES: septiembre	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (dd/mm/AAAA):			2024/09/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			180412004

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	SALDO PAGADO
52	52-PORVENIR	1	$ 271.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.800	$ 0	$ 271.800
SUBTOTALES:										$ 271.800	$ 0	$ 271.800

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 ABRIL	COTIZACIÓN	VALOR ABRIL	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
1000	1000-COOSALUD EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 211.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 211.400	$ 0	$ 0	$ 211.400
SUBTOTALES:													$ 211.400	$ 0	$ 0	$ 211.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD INP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 41.400	$ 41.400	$ 0	$ 0	$ 41.400
SUBTOTALES:									$ 41.400	$ 0	$ 0	$ 41.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
TP	IDENTIFICACIÓN	NUMERO	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	EXTRANJERO TRABAJA	RET	INT	SLN	IGE	LMA	VAC	VST	SUS	COR	EDM	AVP	VCT	VTE	IRP	PENSIÓN						SALUD					RIESGOS																											
																							ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	INDICADOR BANCA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	VALOR NOMES	TOTAL APORTE	ADMIN	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDUC TOTAL APORTE
01	1094951186	1094951186	01-DEPENDIENTE	00-PARA EL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES Y SALUD	$ 1.000.000																		52-PORVENIR	$ 1.000.000	$ 271.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 271.800	1000-COOSALUD EPS	$ 1.000.000	$ 211.400	$ 0	$ 211.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	$ 1.000.000	0.522	$ 41.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 525.600

Planilla Pagada

Escaneado con CamScanner

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 Cucuta 7	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	
Persona natural o sucesión iliquida 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

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
8 6 9 2	2 0 1 7 0 8 1 8					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código

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

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

CS Escaneado con CamScanner