

Fecha de presentación: 24 de Noviembre de 2025
SAN BERNARDO

CUENTA DE COBRO

No. 001 de 2025

LA E S E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ CUNDINAMARCA

NIT. 890.680.031-4

DEBE A:

YULY PAOLA TORRES GALINDO

C.C No. 53097341 de Bogotá

LA SUMA DE:

OCHO MILLONES DE PESOS.M/CTE

\$ 8.000.000

Por concepto de: LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA FORTALECER LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 00001220 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD PROTECCION SOCIAL CON ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ, EN EL MUNICIPIO DE SAN BERNARDO EN ZONA RURAL, durante el periodo comprendido del 02 de Octubre al 02 Noviembre del 2025

Como soporte de la presente cuenta de cobro, se adjunta el informe de las actividades ejecutadas por el suscrito en 7 folios así como (2) cd que se evidencia registro fotográfico y las planillas firmadas que soportan, las mismas los certificados de afiliación a seguridad social.

YULY PAOLA TORRES GALINDO

YULY PAOLA TORRES GALINDO

Nº 53097341 de Bogotá

Tv 78 k 41 - 35 sur interior 1 apartamento 503

Número de Cuenta No. ahorros 457070030764

Davivienda ahorros, Bogotá, barrio: Chapinero

3114529870

**INFORME DE ACTIVIDADES
CONTRATO N° 1051
2025**

DATOS DEL INFORME	
Fecha de presentación: (24/11/2025) Periodo del Informe: desde 02/10/2025 hasta 02/11/2025	
Nombre del Contratista: YULY PAOLA TORRES GALINDO	
Nombre del Supervisor: DR. SAUL PARRA GARCIA	
DATOS DEL CONTRATO	
CONTRATISTA: YULY PAOLA TORRES GALINDO C.C. No. 53097341 de Bogotá	
OBJETO: LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA FORTALECER LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 00001220 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD PROTECCION SOCIAL CON LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ, EN EL MUNICIPIO DE SAN BERNARDO EN ZONA RURAL	
Plazo: DOS (02) MESES	
Valor del Contrato: VEINTICUATRO MILLONES PESOS M/CTE (\$ 24.000.000.00)	
Fecha de Iniciación: 02/10/2025	Fecha de Terminación: 30/11/2025
Porcentaje de ejecución financiera: 33.3%	Porcentaje de ejecución en tiempo: 50%
Modificaciones al contrato: NA Prorroga: NA Valor Adición: NA	
Porcentaje de ejecución financiera: 00% Porcentaje de ejecución en tiempo: 00%	

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS
Implementación de plan de trabajo y cronograma para la operación de EBS	Se realiza cronograma respecto al despliegue y desarrollo de las actividades del equipo básico de salud.
Brindar atención en salud en el domicilio en el microterritorio asignado de acuerdo a las riamp, según resolución 3280 de 2018 e indicaciones del ministerio de salud y protección social, además de lo anterior debe gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación, y cuidado paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando canalización a las necesidades a las diferentes modalidades (extramural, intramural, en prestador primario o complementario en telemedicina)	Se realizo proceso de atención a la comunidad y planes de cuidado a la población con riesgo asociado a su atención en salud.
Realizar diagnostico comunitario cartografía social de microterritorios asignados, partiendo de los determinantes sociales en salud con participación de la comunidad.	Se lleva a cabo una convocatoria y reuniones con los presidentes de las juntas de cada micro territorio asignado.
Desarrollar y fortalecer las habilidades y capacidades de los grupos familiares y no familiares para el cuidado de si mismo, del otro, y del medio ambiente, la sana convivencia, y la protección de cada uno de sus integrantes, con énfasis en niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes lactantes personas mayores.	Se educa de manera estratégica lo relacionado con el medio ambiente- También se realiza educación al adulto mayor sobre los cuidados y los tratamientos de hipertensión y diabetes entre otros.
Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos a). Familiograma b).apgar familiar, c).escala de sobrecarga del Cuidador de zarit d). Ecomapa.	En toda casa visitada se realizo ecomapa y familiograma con su debida descripción para conocer la dinamica familiar

Identificar condiciones de salud de los miembros de la familia y de los hogares, haciendo uso de los dispositivos medicos asignados y mantener el cuidado de los mismos.	En medio de las atenciones brindadas se dio uso de los equipos biomédicos necesarios para la valoración y seguimiento de su estado de salud.
Formular el plan del cuidado integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores.	A las familias visitadas se les realizo plan de cuidado familiar e individual según requerimiento
Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta cnt del hospital san antonio de arbelaez.	Se realiza la correspondiente facturación y cargue de los planes de enfermería en el sistema de CNT.
Brindar consulta de orientación familiar, asesoría y provisión anticonceptiva, suministro de micronutrientes, medicamentos y tamizaje de cáncer de cuello uterino y tamizaje de infecciones de transmisión sexual	Dentro de los hogares de cada micro territorio junto con el profesional de psicología se promovieron hábitos saludables, pautas de crianza saludable, el auto cuidado y cuidado del ambiente familiar y en comunidad.
Realizar informe cualicuantitativo con perfil epidemiológico según lo ejecutado en microterritorio.	Dentro de cada micro territorio se encuentran necesidades diferentes al igual que sus padecimientos por lo cual se realiza un informe de los micro Territorios, especificando lo único de cada micro territorio
Realizar reunión mensual con coordinadora de salud pública municipal para hacer entrega de informe ejecutivo de las actividades realizadas en el microterritorio asignado.	Se coordinó con la Coordinadora de salud pública diferentes reuniones con el fin de informar y compartir los avances realizados en cada microterritorio asignado.
Apoyo en jornadas de salud	Se realiza cronograma de brigadas en salud para los micro territorios

Hacienda

DESAGREGACION DE COSTOS		
AREA DONDE SE EJECUTA LA ACTIVIDAD	PORCENTAJE DE EJECUCION POR AREA	VALOR
EBS San Bernardo zona rural	100%	\$8.000.000

PRODUCTOS A ENTREGAR	PRODUCTOS ENTREGADOS	% EJECUCION	
		% DE EJECUCION FINANCIERA	% DE EJECUCIÓN EN TIEMPO
Evidencia fotográfica Listado de asistencia Planes de cuidado Cronograma Actas	Evidencia fotográfica Listado de asistencia Planes de cuidado Cronograma Actas	33.3%	50%

ANEXOS:

- 1. Certificados de afiliación a seguridad social
- 2. Evidencias 2 CD
- 3. Certificado Bancario

YURI ALEXANDRA OCHOA LEON

Nombre o firma de contratista

YURI ALEXANDRA OCHOA LEON
YURI ALEXANDRA OCHOA LEON
Apoyo a la Supervisión

SAUL PARRA GARCIA
SAUL PARRA GARCIA
Supervisor

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, **YULY PAOLA TORRES GALINDO** identificado con CC No. **53097341**, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral

Fecha de inicio de cobertura: 10/10/2025
Estado Afiliación: ACTIVO
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO
Clase de Riesgo: 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101692497.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de noviembre de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.
N.º. 860.01153-8 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiera: Ana María Gilardo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensor@cliente.positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 810 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autoregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS.

CERTIFICA

Que Yuly Paola Torres Galindo, identificado(a) con CC número 53097341, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 53097341
NOMBRES Y APELLIDOS	Yuly Paola Torres Galindo
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	25/06/1984
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/08/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	17 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	17 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/08/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 53097341 YULY PAOLA TORRES GALINDO Desde 01/11/2022 - Vigente N.I.T. 830915429 SALUD OCUPACIONAL SANITAS S A S Desde 06/06/2025 - Vigente N.I.T. 830504600 BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS Desde 02/09/2025 - Vigente N.I.T. 900763514 CENCISALUD SAS Desde 14/08/2025 Hasta 25/08/2025 N.I.T. 800184195 BUREAUVERITAS DE COLOMBIA LTDA Desde 22/01/2025 Hasta 15/06/2025 N.I.T. 906532663 AYUDA MEDICA DOMICILIARIA Y EMPRESARIAL SOLUCIONES EN SALUD OCUPACIONAL S A S Desde 18/10/2024 Hasta 15/01/2025

Generado por interfaces

02/10/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT. 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

YULY PAOLA TORRES GALINDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **53.097.341**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Agosto del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Señores:

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ

NIT: 890.680.031-4

Atn.: Área de Contabilidad / Tesorería / Nómina

Asunto: Solicitud de aplicación de retención en la fuente conforme al artículo 383 del Estatuto Tributario

Respetados señores:

Yo, YULY PAOLA TORRES GALINDO identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 53097341, actuando en calidad de **persona natural contratista**, de manera respetuosa me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1. Que presto mis servicios de manera **personal** a esa entidad, en virtud del contrato de prestación de servicios No.1051, celebrado el día 02 de octubre de 2025.
2. Que **no cuento con empleados o trabajadores vinculados**, ya sea bajo relación laboral o contractual, que me apoyen en la ejecución de dicho contrato.
3. Que **no poseo estructura empresarial propia**, ni asumo los riesgos y costos propios de una actividad empresarial o comercial.
4. En consecuencia, los ingresos percibidos por el contrato antes mencionado corresponden a **ingresos por servicios personales**, de conformidad con lo dispuesto en el **parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario**.

Por lo anterior, solicito amablemente que los pagos que se me realicen por concepto de este contrato estén sujetos a la retención en la fuente conforme a la tabla establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, y no a la tarifa fija del 10% contemplada en el artículo 401 del mismo estatuto.

Declaro que la información aquí consignada es veraz y me comprometo a informar de manera oportuna cualquier cambio que modifique las condiciones anteriormente mencionadas.

Cordialmente,

YULY PAOLA TORRES

YULY PAOLA TORRES GALINDO

C.C. No. 53097341 de Bogotá

Firma

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

28/03/2023

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **YULY PAOLA TORRES GALINDO** con **Cédula de Ciudadanía** número **53097341**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570457070030764
Fecha de apertura	13/12/2007

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA