Ocaña, 30 de noviembre de 2025

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

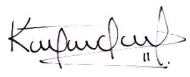
Yo Karen paola clavijo lopez, identificado (a) con la cédula de ciudadanía 1091667861 expedida **en Ocaña, norte de Santander,** me permito mediante el presente escrito, presentar los documentos que se anexan a la presente para que sean revisados por quien corresponda en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, con base a los siguientes datos, a saber:

VALOR DEL CONTRATO	$ 21.231.264,29
VALOR CUENTA A PRESENTAR	$ 4.246.253
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	DEL 1 AL 30 DE NOVIEMBRE 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,



Karen paola clavijo lopez
CC.1091667861

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No.4
CONTRATO No 697-2025

DEBE A:
KAREN PAOLA CLAVIJO LOPEZ
CC. 1091667861

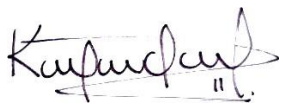
LA SUMA DE:
(CUATRO MILLONES DOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOCIENTOS CINCUENTA Y DOS. ($4.246.253))

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

POR CONCEPTO DE: PRESTACIÓN DE SERVICIOS 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 NÚMERO 54004552025 CELEBRADO 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)

Cordialmente,



KAREN PAOLA CLAVIJO LOPEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C. 1091667861
CELULAR: 3133792301
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA No CUENTA 709.000011.42

INFORME DE ACTIVIDADES

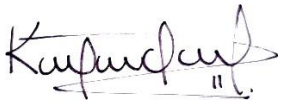
INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	**KAREN PAOLA CLAVIJO LOPEZ**	**CÉDULA**	**1091667861**
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C –Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición – MUNICIPIO DE OCAÑA
PERFIL	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	**PERIODO DEL INFORME**	DEL 1 AL 3 DE NOVIEMBRE DEL 2025
No. CONTRATO	697-2025		
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS 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, E N EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NÚMERO 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	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.	Se cumplió y se realizó la Participación en las actividades de focalización en el primer mes de ejecución del contrato. Para el mes vigente no se realizó focalización.	Anexo 1: NO APLICA

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.	Se realiza verificación a cada uno de los usuarios focalizados 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 verificación se realizó en compañía de la gestora.	Anexo No. 2: Evidencia de Verificación de documentos, lista de chequeo.
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 realizo entrega de la información solicitada 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	Anexo No. 3: Evidencia aplicación Formato F5
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.	Se realizo articulación con la psicóloga al equipo de vacunación del hospital Emiro quintero cañizares de Ocaña, para realizar actualización de vacunas pendientes con los usuarios del programa.	Anexo: 4: Articulación con atenciones priorizadas en vacunación.
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.	Se garantizo la entrega total a los usuarios de la RFPP, siguiendo los lineamientos técnicos de distribución, registro y trazabilidad establecidos en la Guía Operativa.	Anexo No. 5: Evidencia Fotográfica Entrega RFPP

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 entrega de cronograma de visitas y entrega RFPP.	Anexo No. 6: Cronograma de Visitas y RFPP
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.	Se realizo capacitación al equipo de trabajo de la unidad de servicio en temas relevantes para la adecuada ejecución del convenio, así como cualificación a padres de familia con temas relacionados con salud y nutrición.	Anexo No. 7: Evidencias de cualificación al equipo de trabajo y padres de familia.
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 asiste 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	Anexo No. 8: Asistencia a capacitación por icbf.
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 realizo entrega de informe correspondiente a las visitas de usuarios atendidos y resultados obtenidos, adjuntando los respectivos soportes.	Anexo No. 9: Evidencias de visitas en el hogar.
10	Ejecutar todas las demás actividades que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual, siempre que estén enmarcadas dentro	Se realizo toma de medidas antropométricas a los usuarios atendidos, así como la entrega de la RFPP.	Anexo No. 10: Encuentros grupales y entrega RFPP

	de las funciones del perfil, los lineamientos del ICBF, y las disposiciones técnicas, administrativas y operativas del convenio.		

CONTRATIASTA	
NOMBRE	**KAREN PAOLA CLAVIJO LOPEZ**
FIRMA	

ANEXOS

Anexo No. 2: Verificar que cada usuario focalizado cuente con la documentación requerida, de conformidad con la Guía Operativa del ICBF



Anexo No. 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. Aplicación de F5



PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F5.MT8.PP | 25/04/2025
BIENESTAR FAMILIAR — FORMATO OPERATIVO PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN | Versión 2 | Página 1 de 9

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.

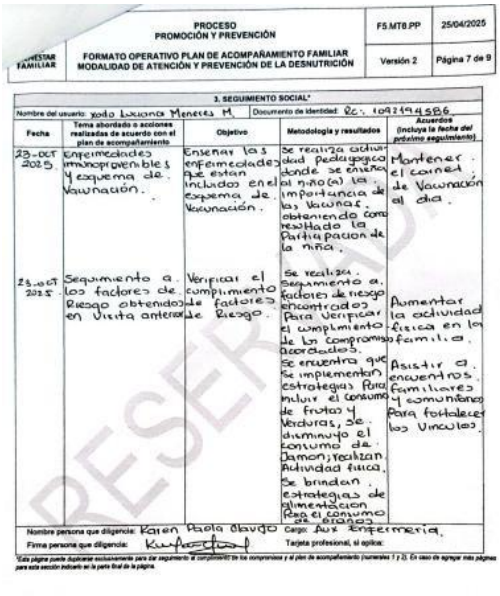
Nombre del usuario: Yolo Luciana Meneses Meneses	Dirección en donde se realizó la visita: Cll 39 4-31 Mz N Casa 18 Bquta 16 de Septiembre del 2015	Fecha de diligenciamiento o de la visita en la cual se diligenció el formato:
Tipo y No. de documento del usuario: RC. 1094194586		

1. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO Y SEGUIMIENTO DE COMPROMISOS
Al frente de cada atención, columna FACTOR, registre P si es un factor Protector o R si es de riesgo o NA si no aplica
Nota: para la identificación de factores protectores y de riesgo, es necesario consultar a la madre, padre, cuidador, usuario o a la familia y registrar sus respu... espacio cierre se indica en el instructivo de esta formato.

1.1 FACTORES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

ATENCIONES	FACTOR	LIMITACIONES	ACUERDO DE COMPROMISOS O SUGERENCIAS (Acordar con la familia compromisos solamente para las atenciones indicadas con R, es decir Factores de Riesgo, en la columna anterior nombrada como "FACTOR")	SEGUIMIENTO COMPROMISOS (Cuando se cumpla el compromiso generado con la familia para el factor de riesgo, diligenciar (durante el proceso de atención), registrando una X en "CUMPLIDO" y diligenciando la fecha en la cual se evidenció el cumplimiento)	
				FECHA	CUMPLIDO
1. Conoce la importancia de la lactancia humana en la primera hora del nacimiento del bebé.	P				
2. Ofrece lactancia humana durante la primera hora del nacimiento al bebé.	P				
3. En niñas y niños de 0 a 6 meses se le proporciona lactancia humana exclusiva a libre demanda.	N/A				
4. En niñas y niños de 6 meses a 2 años se les proporciona alimentación complementaria.	P				
5. Se realiza lavado de manos después de utilizar el sanitario y antes de la preparación y/o consumo de alimentos.	P				
6. Cuenta con agua potable o con alguna técnica para obtener agua apta para el consumo humano.	P				
7. Se lavan los alimentos con agua segura para el consumo antes de su preparación y/o consumo.	P				
8. En la alimentación se procura el consumo de alimentos de origen animal como carne de res, cerdo, chigüiro, conejo, cabrito, curí, pescado, morcilla o vísceras de res.	P				
9. En la alimentación diaria se procura el consumo de alimentos frutas y verduras.	R	NO LE GUSTA	INCLUIR MAS VERDURAS BRINDANDO ESTRATEGIAS PARA SU CONSUMO	23-OCT-25	X

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F5.MT8.PP | 25/04/2025
BIENESTAR FAMILIAR — FORMATO OPERATIVO PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN | Versión 2 | Página 7 de 9

3. SEGUIMIENTO SOCIAL*

Nombre del usuario: yolo Luana Meneses M. | Documento de identidad: RC: 1092194586

Fecha	Tema abordado o acciones realizadas de acuerdo con el plan de acompañamiento	Objetivo	Metodología y resultados	Acuerdos (incluya la fecha del próximo seguimiento)
23-OCT 2025	Enfermedades inmunoprevenibles y esquema de Vacunación.	Enseñar las enfermedades que estan incluidos en el esquema de Vacunación.	Se realiza actividad pedagogica donde se enseña al niño(a) la importancia de las Vacunas, obteniendo como resultado la Participacion de la niña.	Mantener el carnet de Vacunación al dia.
23-OCT 2025	Seguimiento a los factores de Riesgo obtenidos en Visita anterior	Verificar el cumplimiento de factores de Riesgo.	Se realizara Seguimiento a factores de riesgo encontrados Para Verificar el cumplimiento de los compromisos acordados. Se encuentra que se implementan estrategias Para incluir el consumo de frutas y Verduras, se disminuyo el consumo de Jamon; realizan Actividad fisica. Se brindan estrategias de alimentacion Para el consumo de frutas	Aumentar la actividad fisica en la familia. Asistir a encuentros familiares y comunitarios Para fortalecer los Vinculos.

Nombre persona que diligencia: Karen Paola Olaya Cargo: Aux Enfermeria
Firma persona que diligencia: Tarjeta profesional, si aplica:

*Esta página puede duplicarse exclusivamente para dar seguimiento al cumplimiento de los compromisos y al plan de acompañamiento (numerales 1 y 2). En caso de agregar más páginas para esta sección indicarlo en la parte final de la página.

Anexo No. 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. Articulación con vacunación



Anexo: No. 5: Asegurar la entrega completa y oportuna de la Ración Familiar Para Preparar – RFPP a la totalidad de los usuarios vinculados,



Anexo No. 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. Cronograma

PROFESIONAL	ENFERMERIA
OBJETIVOS ESPECIFICOS	- Realizar visitas de seguimiento a usuarios niñas y niños; menores de 5 Años, Y madres y personas en gestación. Que se encuentran ubicados en la clasificación nutricional con signos físicos asociados a desnutrición aguda (moderada o severa). - Aplicar y diligenciar el Formato F5: Identificación de factores protectores y de riesgo y seguimiento de compromisos, durante el espacio de fortalecimiento familiar en el hogar (visita al hogar), en el componente de salud. - Brindar a través de estrategias pedagógicas, Educación para la salud alimentaria en los espacios de fortalecimiento familiar en el hogar y en los encuentros grupales.
META	Brindar acompañamiento en salud alimentaria y de gestión a los factores de riesgo identificados en el hogar del usuario atendido con el fin de dar solución o mitigar al mismo.
METODOLOGÍA	Fortalecimiento espacio familiar en el hogar - Visitas domiciliarias de seguimiento a usuarios
TEMA	Temática sujeta a indicadores y factores de riesgo identificados en el hogar.
VISITAS X MES	25 visitas de seguimiento en salud alimentaria.

PROFESIONAL	ENFERMERIA	
SEMANA	3 al 7 de Noviembre de 2025	
N° VISITAS	10 visitas de seguimiento nutricional	
	Grupo 1	**Barrios:** Villa cabrales, villa Karina, villa maría, villa paraíso, vicentinas, palmeras, buenos aires, brisas laguna.
	Grupo 2	**Barrios:** Pueblo nuevo, villa carolina, villa nueva, landia, libertad, modelo, marabelito, san fermin.
	Grupo 3	**Barrios:** Santa clara, colinas de la provincia, Sauces, asovegiron, Cristales, galán, ferias, filipote.

PROFESIONAL	ENFERMERIA	
SEMANA	10 al 14 de Noviembre de 2025	
N° VISITAS	10 visitas de seguimiento nutricional	
	Grupo 1	**Barrios:** Llano, sesquicentenario, el Carmen, simón bolívar, brisas polaco, hatillo, olivos, Olaya herrera.
	Grupo 2	**Barrios:** Miradores florida, cuarto centenario, marabel, juan 23, tejarito.
	Grupo 3	**Barrios:** Comuneros, cristo rey, transparencia 1, Dorado, fundadores, ciudadela deportiva, santa lucia, belén.

PROFESIONAL	ENFERMERIA	
SEMANA	17 al 20 de Noviembre de 2025	
N° VISITAS	5 visitas de seguimiento nutricional	
	Grupo 1	**Barrios:** mercedes, almendros, bambo, Betania, bosque, promesa de DIOS, san Antonio.
	Grupo 2	**Barrios:** 2 octubre, 9 octubre, 12 octubre, altos del norte, arales, villa Elvia, villa mar, la perla.
	Grupo 3	**Barrios:** Torcoroma, juan 23, santa cruz, molino, san fermin, mercedes, palomar.

Anexo Nol 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.



- Capacitación a usuarios UDS Ocaña sobre la Importancia del esquema de Vacunación y las enfermedades inmunoprevenibles.

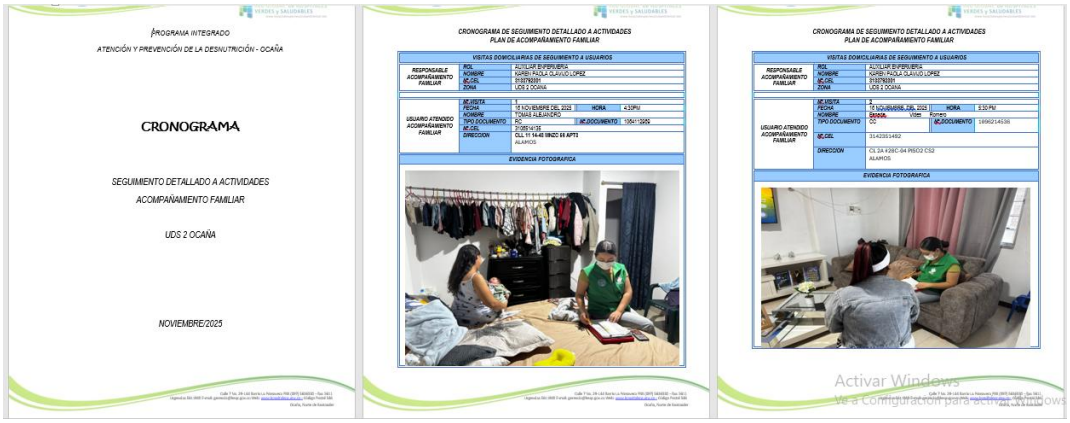


Anexo No. 8: Asistir de manera puntual a los encuentros técnicos, reuniones operativas, comités y demás espacios convocados, y apoyar activamente todas las actividades programadas por la E.S.E. o el ICBF en desarrollo del convenio



Anexo No. 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. Encuentros en el hogar

- Informe de encuentros en el Hogar



PROGRAMA INTEGRADO

ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN - OCAÑA

CRONOGRAMA

SEGUIMIENTO DETALLADO A ACTIVIDADES

ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR

UDS 2 OCAÑA

NOVIEMBRE/2025

CRONOGRAMA DE SEGUIMIENTO DETALLADO A ACTIVIDADES

PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR

VISITAS DOMICILIARIAS DE SEGUIMIENTO A USUARIOS

RESPONSABLE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR	ROL	AUXILIAR ENFERMERIA
	NOMBRE	KAREN PAOLA OLAVIO LOPEZ
	NÚ.CEL	3135782551
	ZONA	UDS 2 OCAÑA
USUARIO ATENDIDO ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR	NÚ.VISITA	1
	FECHA	12 NOVIEMBRE DEL 2025
	HORA	4:33PM
	NOMBRE	TOMAS ALEJANDRO
	TIPO DOCUMENTO	TI
	NÚ.DOCUMENTO	1004113252
	NÚ.CEL	3128514135
	DIRECCION	CLL 11 14-48 BINZO 05 APT1 ALAMOS

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

CRONOGRAMA DE SEGUIMIENTO DETALLADO A ACTIVIDADES

PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR

VISITAS DOMICILIARIAS DE SEGUIMIENTO A USUARIOS

RESPONSABLE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR	ROL	AUXILIAR ENFERMERIA
	NOMBRE	KAREN PAOLA OLAVIO LOPEZ
	NÚ.CEL	3135782551
	ZONA	UDS 2 OCAÑA
USUARIO ATENDIDO ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR	NÚ.VISITA	2
	FECHA	12 NOVIEMBRE DEL 2025
	HORA	8:30 PM
	NOMBRE	[illegible]
	TIPO DOCUMENTO	CC
	NÚ.DOCUMENTO	1896214538
	NÚ.CEL	3142891462
	DIRECCION	CL 2A #28C-04 PISO2 CS2 ALAMOS

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows

- Evidencias fotográficas en Encuentros en el hogar.



Anexo No. 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. Encuentros grupales

- Realización del control Social de la RFPP



compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1091667861	KAREN PAOLA CLAVIJO LOPEZ	calle 2 14A 33	607610237	karencl0923@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		NORTE DE SANTANDE	OCAÑA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	02/12/2025	91890351	$525.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	212.400	0		0		0	0	0	0	212.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	271.800	0	0	0	0	0	0		271.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	41.400				41.400	0	0	41.400			414	41.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	212.400	212.400
Pensión	1	271.800	271.800
Riesgos Laborales	1	41.400	41.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	525.600	525.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1091667861	KAREN PAOLA CLAVIJO LOPEZ		calle 2 14A 33	607610237	karencl0923@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			NORTE DE SANTANDE	OCAÑA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	02/12/2025	91890351	$525.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1091667861	CLAVIJO LOPEZ KAREN PAOLA	59	0			N																	230301	1.698.500	271.800	0	0	0	0	EPS005	1.698.500	212.400	14-23	1.698.500	3	41.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141021737555

(415)7707212489984(8020) 000014102173755 5

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Norte de Santander 5 4	Ocaña 4 9 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CLAVIJO	LOPEZ	KAREN	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	Ocaña 4 9 8

41. Dirección principal: CL 14 14 A 33 BRR JUAN XXIII

42. Correo electrónico: karencl0923@gmail.com

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

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 9	2 0 1 7 0 5 0 3					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

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 - 04 - 18 / 15 : 11: 55

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:

Karen Paola clavijo L.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RODRIGUEZ RODRIGUEZ LINA MARCELA

985. Cargo Gestor II

Fecha generación documento PDF: 18-04-2024 03:12:00PM

CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO

Powered by CamScanner