Ocaña, 31 de Octubre de 2025

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

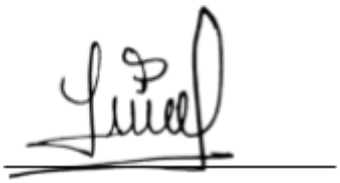
YINETH LORENA VERJEL URON, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **1.091.534.819** expedida **EN CARMEN N, DE S**, me permito mediante el presente escrito, presentar los documentos que se anexan a la presente para que sean revisados por quien corresponda en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, 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 **01** 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,



YINETH LORENA VERJEL URON
CC. 1.091.534.819 DE EL CARMEN NORTE DE SANTANDER

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No. 004
CONTRATO No 700-2025

DEBE A:
YINETH LORENA VERJEL URON
CC. 1.091.534.819

LA SUMA DE:
CUATRO MILLÓNES DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES MCTE. ($4.246.253)

PERIODO:
DEL 01 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 como Costos o Deducciones Asociados a la Rentas de Trabajo por los **Servicios Prestados (Rentas Exentas del Numeral 10 del Artículo 206 de ET"**	SI	NO

Cordialmente,



YINETH LORENA VERJEL URON
C.C. 1.091.534.819 DE EL CARMEN NORTE DE SANTANDER
CELULAR: 3112621835
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA N° 31873850836

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	**YINETH LORENA VERJEL URON**	**CÉDULA**	**1.091.534.819**
SUPERVISOR	HOLGER SANTOS	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – PROGRAMA PARA LA PREVENCION DE LA DESNUTRICION – MUNICIPIO DE OCAÑA NORTE DE SANTANDER
PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**PERIODO DEL INFORME**	DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025
No. CONTRATO	700-2025		
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, EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NÚMERO 54004552025 CELEBRADO ENTRE LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES Y EL ICBF.		
VIGENCIA	5 MESES		

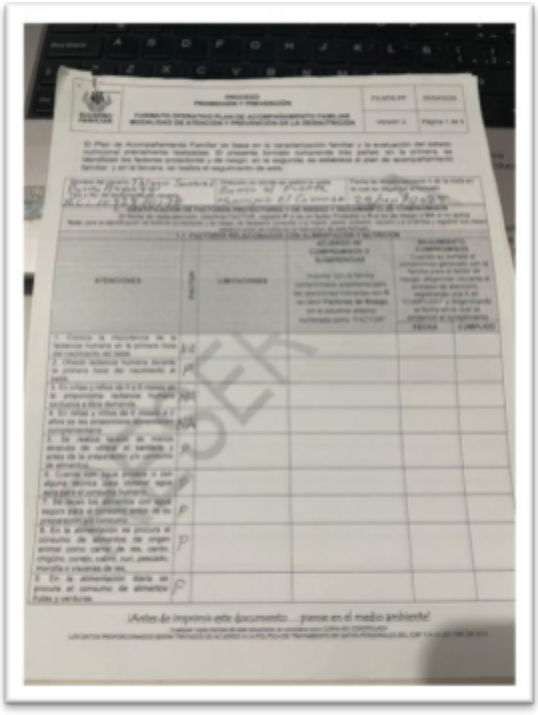
CONTROL DE ACTIVIDADES			
N	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACTIVIDAD EJECUTADA**	**EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD**
1	Apoyar el proceso de focalización de los 100 usuarios asignados a la Unidad de Servicio, incluyendo niños y niñas de 0 a 5 años con desnutrición aguda moderada o severa, y mujeres gestantes con malnutrición, garantizando su identificación, vinculación y el mantenimiento de dicha población durante toda la ejecución del convenio.	En el municipio de El Carmen N. de S, el corregimiento de guamalito y alrededores, en este mes no se ejecuto focalización ya que en mes anterior se hizo.	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.	En el municipio de El Carmen N. de S, el corregimiento de guamalito, en el proceso de focalización que se realizo el mes pasado se recopilo toda la información necesaria.	No aplica
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 hace entrega de formatos diligenciados (F9-F5) que corresponden a mi rol dentro del equipo.	Diligenciamiento del Formato F5 y F9
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.	En el municipio de El Carmen N. de S, se realiza acercamiento con actores del municipio para articulación. .	Evidencia de articulación con EQUIPOS BASICOS EN SALUD para poder llegar a los usuarios que se encuentran sin controles de vacunas y CyD.
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.	Ese realiza la entrega en el Municipio de El Carmen, en el corregimiento de Guamalito Y en las veedas mas dispersas, completando la totalidad de los usuarios vinculados en el programa.	Evidencia Entrega de RFPP en la vereda el cerro.
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 entrega un cronograma de actividades a realizar en el mes, al coordinador de la UDS, donde se interviene el casco urbano y la zona rural.	Anexo Cronograma de encuentro comunitario.

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 realiza capacitación a todo el equipo de trabajo y a las familias y usuarios del programa en temas de salud, nutrición y autocuidado.	Evidencia educación a familias en el encuentro y en el 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.	Asisto a encuentros via virtual organizados por la coordinadora para actividades a realizar dentro del mes, en el programa de Prevención a la Desnutrición.	Anexo pantallazo de capacitación virtual.
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,	Se presenta informe mensual resultados y actividades realizadas	Anexo pantallazo informe del mes de Noviembre
	adjuntando los respectivos soportes.		
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.	Se realizan y ejecutan todas las demás actividades que fueron necesarias para el cumplimiento del objeto contractual,	Evidencia de talla y peso en la zona rural y urbana

CONTRATISTA	
NOMBRE	**YINETH LORENA VERJEL URON**

FIRMA	

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS
3. **Diligenciamiento correcto de F5 y F9.**  

4. **Evidencia de articulación con EQUIPOS BASICOS EN SALUD para poder llegar a los usuarios que se encuentran sin controles de vacunas y CyD.**



5. **Entrega de RFPP en la vereda El Cerro.**



- **Cronograma de encuentro comunitario.**



- **Educación a familias en el encuentro y a las familias y menores en el hogar.**

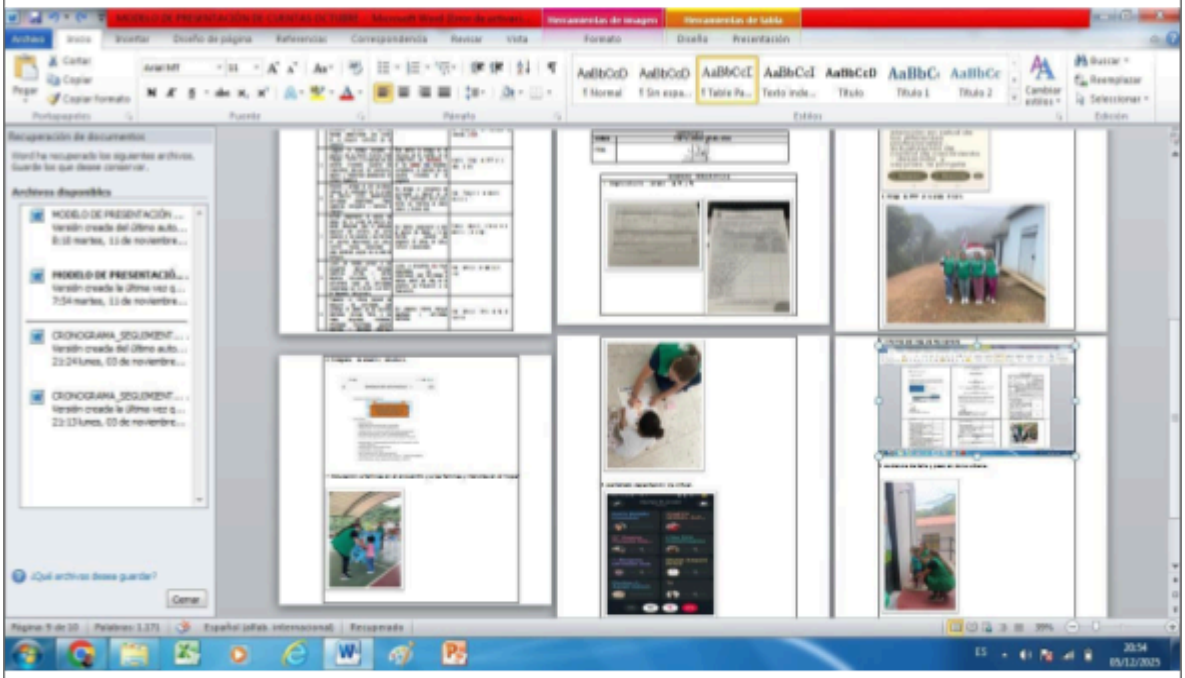




8. pantallazo capacitación vía virtual.



9. informe del mes de Noviembre



9. evidencia de talla y peso en zona ur





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1091534819
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YINETH LORENA VERJEL URON
CIUDAD/MUNICIPIO:	EL CARMEN	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	KDK 23A	TELÉFONO:	3114657
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7992675114**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/05			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1984959229

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 271.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 271.800	$ 200	$ 272.000
SUBTOTALES:										**$ 271.800**	**$ 200**	**$ 272.000**

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	$ 212.400	$ 0	$ 200	$ 0	$ 212.400	$ 200	$ 0	$ 212.600
SUBTOTALES:													**$ 212.400**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 212.600**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 41.400	$ 41.400	$ 100	$ 0	$ 41.500
SUBTOTALES:									**$ 41.400**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 41.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1091534819	VERJEL URON YINETH LORENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.698.500				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.698.500	$ 271.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 271.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.698.500	$ 212.400	$ 0	$ 212.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.698.500	109153481	$ 41.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 526.100

Planilla Pagada

Certificación
Bancaria

Martes, 18 de marzo de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que YINETH LORENA VERJEL URON identificado(a) con CC 1091534819, 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 Ahorros / A la mano	31873850836	2024-10-24	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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141203609559

(415)7707212489984(8020) **000014120360955 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 1 5 3 4 8 1 9	9	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 1 5 3 4 8 1 9	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Norte de Santander 5 4	El Carmen 2 4 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VERJEL	URON	YINETH	LORENA

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	El Carmen 2 4 5

41. Dirección principal
CR 4 10 51

42. Correo electrónico yilove0810@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 3 0 8 3 8 8 4	

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 5 0 1 0 1	8 6 1 0	2 0 2 2 0 2 0 2				1 2 2 3	

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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

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 ☐ 60. No. de Folios: ☐

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

985. Cargo

EN TRAMITE DOCUMENTO SIN COSTO