Fecha de presentación: 23/04/2026
Municipio PANDI

CUENTA DE COBRO

No. 03 de 2026

LA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELÁEZ CUNDINAMARCA

NIT. 890.680.031-4

DEBE A:

MARLY YADIRA LINARES LEÓN

C.C No.1.070.752.126 de SAN BERNARDO

LA SUMA DE:

TRES MILLONES DE PESOS M/CTE

$ 3.000.000

Por concepto de: LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA FORTALECER LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN N.00001010 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL CON LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELÁEZ, EN EL MUNICIPIO DE PANDI, durante el periodo comprendido del 01 de ABRIL al 23 de ABRIL del 2026

Como soporte de la presente cuenta de cobro, se adjunta el informe de las actividades ejecutadas por el suscrito EN (01) FOLIO así como (2) CD que se evidencia registro fotográfico y las planillas firmadas que soportan las mismas, planilla de seguridad social mes de Marzo.

Marly Linares
CC 1.070.752.126

MARLY YADIRA LINARES LEÓN
CC. 1.070.752.126 de San Bernardo
Vereda Santa Helena Alta Pandi
Cuenta NEQUI 3113967378
Bancolombia-Bogotá
Celular: 3222537223

INFORME DE ACTIVIDADES
CONTRATO Nº 355
AÑO 2026

DATOS DEL INFORME
Fecha de presentación:(23/04/2026) Periodo del Informe: desde (01/04/2026) hasta (23/04/2026)
Nombre del Contratista: **MARLY YADIRA LINARES LEON**
Nombre del Supervisor: DR SAUL PARRA GARCIA
DATOS DEL CONTRATO
CONTRATISTA: **MARLY YADIRA LINARES LEON** C.C. No. **1.070.752.126 DE SAN BERNARDO**
OBJETO: LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA FORTALECER LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN N.00001010 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL CON LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELÁEZ, EN EL MUNICIPIO DE PANDI.
Plazo: CUATRO (04) MESES Valor del Contrato: DOCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 12.000.000.oo) Fecha de Iniciación: (12/02/2026) Fecha de Terminación: (30/05/2026)
Porcentaje de ejecución financiera: 75% Porcentaje de ejecución en tiempo: 75%
Modificaciones al contrato: NA Prorroga: NA Valor Adición: NA
Porcentaje de ejecución financiera: 0.0% Porcentaje de ejecución en tiempo: 0.0%

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Realizar cartografia social y cronograma mensual de visitas en donde se evidencie : mapa de actores y tensiones (cartografía social), reconocimineto inicial del territorio y dinámicas básicas (sociales, economicas, ambientales entre otras), asi mismo informe escrito de las principales dificultades del microterriorio.	realizar cartografia social e informe de priorizacion de problemas del microterritorio, el cual se debe soportar con registro fotografico con georeferenciacion, listado de asistencia: * Informe de Actividades PIC Código: M-PDS-GSP-FR-029, incluye registro fotografico de personas capacitadas (según lista de asistencia) incluidos los soportes de las herramientas audivisuales y ludicopedagogícas empleadas. * Listas de asistencia física-escaneada y digitalizada en formato de Excel Formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 versión 6. * Matriz consolidado control de asistencia Formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR -095.
2. Realizar visitas en el entorno hogar, a través del diligenciamiento completo de la Ficha familiar en ArcGis Survey 123 que inclúyen caracterización y seguimiento al 100 % de los integrantes de la familia de acuerdo con la asignación de la territorialización del municipio y la concentración geográfica. * Casco urbano-centro poblado: Mínimo 60 visitas al mes. * Rural baja dispersión (entre 15 -30 minutos entre viviendas): Mínimo 40 visitas al mes. *Rural media dispersión (entre 31 -90 minutos entre viviendas): Mínimo 30 vísitas al mes. *Rural alta dispersión (más de 91 mínutos entre viviendas): Mínimo 25 vsitas al mes.	Base de datos descargada de la plataforma ArcGIS, del periodo a revisar, de la Ficha de caracterización familiar de acuerdo al microterritorio asignado a cada auxiliar de enfermería, que contenga información completa de los hallazgos encontrados en la visita, la cual será objeto de proceso de auditoría para verificar veracidad y calidad del dato. Esta evidencia está sujeta a revisión de la veracidad del dato, con implicación LEGAL POR FALSEDAD EN DOCUMENTO PÚBLICO. CARACTERIZACIÓN PARA SOPORTAR LA CARACTERIZACIÓN MEDIANTE LA FICHA AIEPI SE DEBERÁ ENTREGAR: 1. Base de datos descargada de la plataforma ArcGIS, del periodo a revisar; en esta se debe evidenciar el

3. AIEPI Comunitario, al 100% de la población de infancia y primera infancia existente en el microterrirtorio asignado por el ente territorial (desde el primer día de nacido hasta los 11 años 11 meses y 29 días).5 visitas al mes.	diligenciamiento completo de cada una de las variables, los riesgos identificados. La educación dada y las canalizaciones realizadas por cada uno de los módulos debe ser coherente con lo identificado. Esta evidencia está sujeta a revisión de la veracidad del dato, con implicación LEGAL POR FALSEDAD EN DOCUMENTO PÚBLICO. OBSERVACIÓN: Tener en cuenta la buena calidad de la identificación de riesgos, ya que es poco probable que en 19 módulos no se identifique ningún ríesgo, recordar que se deben identificar las atenciones que requiere la población y que se encuentran en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud RPMS, así como los diferentes ríesgos de las enfermedades prevalentes de la infancia.
4.De acuerdo con la identificación de riesgos de salud y sociales canalizar los usuarios a los servicios de salud, gestor comunitario , a los profesionales de equipos básicos (psicólogo, enfermera, medico, etc) y demás actores de competencia, con el fÍn de garantizar la atención individual requerida e impactar positivamente en su estado de salud y calidad de vida.	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE DE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1. Base de datos descargada de la plataforma ArcGIS, del periodo a revisar, de la ficha de caracterización familiar módulo de canalizaciones. 2. Acta de articulación y definición de proceso con el gestor comunitario. 3. Remisión individual de acuerdo al módulo de riesgos y canalizaciones determinados por la plataforma con soporte de recibido firmado por el usuario. Observación: Esta evidencia está sujeta a verificación de la calidad del dato en el proceso de canalización.
5. Realizar mesas de trabajo con el gestor comunitario, en donde se definan mecanismos de articulación con aseguradores, IPS y ente territorial municipal, para la gestión de trámites y servicios que garanticen una	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE DE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1. Acta que soporta el desarrollo de los mecanismos 2. Base de datos caja de herramientas

canalización efectiva, eficiente, resolutiva para la continuidad en su atención integral; donde se evidencie la búsqueda de alternativas de solución a las problemáticas de la población del microterritorio asignado.	del periodo a revisar en el módulo de seguimiento, que contega las diferentes variables donde se evidencie que las canalizaciones se encuentran en estado de: *Efectividad. *En trámite (por tiempo, por oportunidad, accesibilidad). *Efectivo con remisión. *NO efectivo (por barreras de acceso, por voluntad del usuario). 3. Los anteriores estados del trámite deben estar soportados y cargados en la plataforma ArcGIS (los soportes son las citas asignadas, remisiones, comunicaciones oficiales enviadas a través de medios formales como el correo electrónico, oficios radicados, peticiones, quejas, reclamos u otros. 4. listafo de asistencia y registro fotografico donde se evidencie y se soporte reunion. Observación 1: Para el caso de la población gestante identificada en el microterritorio, se exige minímo un (1) seguimiento mensual en la Ficha de caracterización familiar. Observación 2 : Para el caso de las personas en etapa de puerperio identificada en el microterritorio, se exige minímo un (1) seguimiento dentro de los 42 días posteriores al parto en Ficha de caracterizacion familiar.
6.Realizar educacion a las las familias visitadas, con el fín de promover la salud y la cultura del autocuidado para la detección temprana de riesgos asociados a : *Enfermedades prevalentes de la infancia, materno-perinatal, salud ambiental, salud mental y convivencia social, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles,	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE DE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1. Base de datos descargada de la plataforma ArcGIS, en esta se debe evidenciar la información en salud de acuerdo al riesgo identificado a nivel individual. 2. Listados de asistencia con formato en medio físico , digital y en excel y formato de consolidación en excel. Realizar registro de la información

promoción de la higiene y la salud bucal, salud en el entorno laboral, gestión diferencial de las poblaciones vulnerables (Indígenas, Negros, Afrodescendientes, Raizales, Palanqueros-NARP y RrOM, discapacidad, víctimas del conflicto armado, desmovilizados, reinsertados, migrantes, etc), deberes y derechos en salud, promoción de la vacunación en la población objeto del programa ampliado de inmunizaciones – PAI y demás riesgos identificados en el microterritorio.	brindada en Ficha familiar. 3. Registro fotografico con georeferenciacion.
7.Identificar, activar rutas de atención y brindar información en signos, síntomas, factores de riesgo y alertas ante la aparición de Enfermedades de Interés en Salud Pública encontradas en la población.	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE DE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: * Base de datos descargada de la plataforma ArcGIS, del periodo a revisar con usuarios identifícados con riesgo de Eventos de Interés en Salud Pública. * Canalizar el 100% de los casos identificados en situación riesgo. * Brindar información en Salud a usuarios identificados con riesgo de Eventos de Interés en Salud Pública. * informe de casos reportados.
8.Caracterizar al 100% de las gestantes y puérperas del municipio, mediante ficha familiar y Kardex de gestantes. Nota: se debe realizar acompañamiento a curso de preparacion de la maternidad y entregar plan de cuidado de seguimeinto a gestante	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: * base de datos en donde se logre identificar el tipo de poblacion. * Educacion brindada a la gestante y familia. Informe de Actividades PIC Código: M-PDS-GSP-FR-029, incluye registro fotografico de personas capacitadas (según lista de asistencia) incluidos los soportes de las herramientas audivisuales y ludicopedagogícas empleadas. * Listas de asistencia física-escaneada y digitalizada en formato de Excel Formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 versión 6. * Matriz consolidado control de asistencia Formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR -095.

9.realizar planes de cuidado deacuerdo a las alertas registradas en la caracterizacion, en donde se evidencie el manejo individual, familiar y colectivo, según riesgo	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE ENTREGAR COMO EVIDENCIA : * plan de cuidado individual, el cual debe registrar las acciones que se realizaron para mitigar el impacto o la problematca presentada . * Educacion que se brindo desde el area de salud, y formato de canalizacion u remision a profesionales, donde se evidencie el estado de remision.
10.Relalizar informe cualicuantitativo de las acciones realizadas en cada microterritorio, el cual debe venir acompañado de fima de cordinador pic municipal	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: Informe de Actividades PIC Código: M-PDS-GSP-FR-029, incluye registro fotografico de personas capacitadas (según lista de asistencia) incluidos los soportes de las herramientas audivisuales y ludicopedagogícas empleadas.
11.Demas actividades que sugiera el supervisor de contrato	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: * listas de asistencia fisica- escaneada y difitalizada, formato de excel codifo M-PDS-GSP-GPSP-FR-091 version 7, y adicional registro fotografico donde se evidencien actividades.

DESAGREGACION DE COSTOS

ÁREA DONDE SE EJECUTA LA ACTIVIDAD	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN POR ÁREA	VALOR
Área de SALUD PUBLICA	100%	$3.000.000
EBS (Municipio de Pandi)		

PRODUCCION

PRODUCTOS A ENTREGAR	PRODUCTOS ENTREGADOS	% EJECUCIÓN	
Evidencia fotográfica Listado de asistencia Soporte correo electrónico	Evidencia fotográfica Listado de asistencia Soporte correo electrónico	% DE EJECUCIÓN FINANCIERA 75%	% DE EJECUCIÓN EN TIEMPO 75%

ANEXOS:

1. Planilla de seguridad social paga mes Marzo
2. Evidencias (especificar en qué medio de entrega físico o digital)
3. Declaración juramentada
4. Entrega 2 CD

MARLY YADIRA LINARES LEON
CC 1.070.752.126 San Bernardo

ANGELA MARITZA DIAZ
Apoyo a la supervisión

SAUL PARRA GARCIA
Supervisor

Fecha de presentación: 23/04/2026

CERTIFICACIÓN:

Yo, **MARLY YADIRA LINARES LEON** identificado(a) con CC. No. **1.070.752.126** De **SAN BERNARDO**, en cumplimiento al parágrafo 1 del art. 4 del decreto 2271 de junio de 2009, DECLARO BAJO LA **GRAVEDAD DE JURAMENTO**, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal (si se dice falsedades, se expondrá a cárcel de hasta 12 años), en su artículo 442, que los documentos soporte de pago obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con el E.S.E. Hospital San Antonio de del Municipio de Arbeláez Cundinamarca

Nota:

El art. 18 de la Ley 1122 de 2007 y el art. 23 del decreto 1703 de agosto de 2002, define que los contratistas deben usar como base obligatoria mínima de cotización el equivalente al 40% del valor del pago bruto Mensualizado **proveniente** del contrato de prestación de servicios (si quieren cotizar voluntariamente con una base superior a esa, también pueden hacerlo), y que el decreto 1273 de 2018 señala que los aportes a la seguridad social de trabajadores independientes se deben realizar mes vencido, por periodos mensuales, a través de la planilla integrada de liquidación a Aportes (PILA) y teniendo en cuenta los ingresos percibidos en el periodo de cotización; que igualmente en el artículo segundo del señalado decreto, establece que El ingreso base de cotización (IBC) al Sistema de Seguridad Social Integral del trabajador independiente con contrato de prestación de servicios personales relacionados con las funciones de la entidad contratante corresponde mínimo al cuarenta por ciento (40%) del valor mensualizado de cada contrato, sin incluir el valor total del Impuesto al Valor Agregado (IVA) cuando a ello haya lugar. En ningún caso el IBC podrá ser inferior al salario mínimo mensual legal vigente ni superior a 25 veces el salaría mínimo mensual legal vigente.

Además, y de acuerdo con las normas de los artículos 18 y 19 de la Ley 100 de 1993, se debe recordar que en ningún caso el ingreso base de cotización que se use podrá ser inferior a un salario mínimo mensual, ni tampoco superior a los 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Esta declaración la hago **08 de Abril del 2026**), de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extrajucio), del decreto 19 de 2012, con destino a la E.S.E. Hospital San Antonio de del Municipio de Arbeláez Cundinamarca, para que surta los efectos legales.

Sin otro particular,

MARLY YADIRA LINARES LEON
CC: 1070752126 DE SAN BERNARDO
CEL: 3222537223

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL:	LINARES LEON MARLY YADIRA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1070752126
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	1
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	1
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-04-08
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-04-09
FECHA DE PAGO:	2026-04-08
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2026-03
PERÍODO SALUD:	2026-03
NÚMERO PLANILLA:	8640878812
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8667440405
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.700	$ 42.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 541.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	08/05/2026

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2 Concepto: 02 Actualización

4 Numero de formulario: 141240706830

5 Numero de Identificación Tributaria (NIT): 1070752126 | 6 DV: 1 | 12 Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Girardot 8 | 14 Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24 Tipo de contribuyente	25 Tipo de documento	26 Numero de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1070752126

Lugar de expedición	28 País	29 Departamento	30 Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Cundinamarca 25	San Bernardo 649

31 Primer apellido	32 Segundo apellido	33 Primer nombre	34 Otros nombres
LINARES	LEON	MARLY	YADIRA

35 Razón social

36 Nombre comercial | 37 Sigla

UBICACIÓN

38 País	39 Departamento	40 Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Pandi 524

41 Dirección principal: VDA SANTA HELENA ALTA FCA LA PLAYA

42 Correo electrónico: marlylinares9@gmail.com

43 Código postal | 44 Teléfono 1: 3222537223 | 45 Teléfono 2

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 Numero establecimientos
8692	2011/03/03						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53 Código: 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

Usuarios aduaneros

54 Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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: 2026-03-12 / 01:18:26PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Unico 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: MAYORGA JOVEN LEIDY CATERINE

985 Cargo: Analista I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 12-04-2026 05:59:10PM

Nequi

(+57) 300 600 0100
Carrera 48 # 26 - 85
Medellín Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Viernes, 13 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que MARLY YADIRA LINARES LEON identificado con cédula de ciudadanía 1070752126, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3113967378	87062694741	ACTIVA	17-05-2023

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

by
Fogafín Seguridad para tu dinero
Producto protegido por el Seguro de Depósitos
www.fogafin.gov.co