

Fecha de presentación: 23/04/2026

CUENTA DE COBRO
NO. 003 DE 2026

LA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELÁEZ CUNDINAMARCA
NIT. 890.680.031-4

DEBE A:

PAULA ANDREA BERMUDEZ OCHOA
C.C. 1003.619.367 DE FUSAGASUGA

DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE

PESOS C/TE
(\$ 2'500.000.00)

Por concepto de: LA PRESTACION DE SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA FORTALECER LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION N°00001010 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL CON LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ- EN EL MUNICIPIO DE ARBELAEZ 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 (13) FOLIOS, así como (2) CD que se evidencia registro fotográfico e impresa la planilla del mes de marzo del 2026.

Cordialmente

PAULA ANDREA BERMUDEZ OCHOA
C.C. 1003619367 DE FUSAGASUGA
Cuenta Ahorros No. 26406326828
Banco: BANCOLOMBIA SEDE FUSAGASUGA
Dirección: CALLE 21 · 2ª 25
Teléfono: 3219437831

FECHA DE PRESENTACIÓN: 23 DE ABRIL 2026

CERTIFICACIÓN:

Yo, **PAULA ANDREA BERMUDEZ OCHOA**, identificado(a) con CC. No.1003.619.367 de Fusagasugá, 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 expone 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

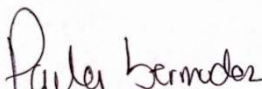
Nota:

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 Mensualidad **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 salario 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 a los Ocho (08) días del mes de abril del año dos mil veintiséis (2026), de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7° (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,



CC. No. 1003.619.367
Celular: 3219437831

**INFORME DE ACTIVIDADES
CONTRATO N° 255 DE 2026**

DATOS DEL INFORME
Fecha de presentación: (23/04/2026) Periodo del Informe: desde (01/04/2026) hasta (23/04/2026)
Nombre del Contratista: PAULA ANDREA BERMUDEZ OCHOA CC 1003619367 DE FUSAGASUGÁ
Nombre del Supervisor: DR. ANGELA MARITZA DIAZ
DATOS DEL CONTRATO
CONTRATISTA: PAULA ANDREA BERMUDEZ OCHOA C.C 1003.619.367 DE FUSAGASUGA
OBJETO: LA PRESTACION DE SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA FORTALECER LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION N° 00001010 DEL 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL CON LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ- EN EL MUNICIPIO DE ARBELAEZ
Plazo: CUATRO (04) MESES Valor del Contrato: DIEZ MILLONES DE PESOS MONEDA C/TE M/CTE (\$10.000.000,00) FECHA DE INICIACION: 11/02/2026 FECHA DE TERMINACION: 30/05/2026
Porcentaje de ejecución financiera: 75% Porcentaje de ejecución en tiempo: 75%
Modificaciones al contrato: NO Prorroga: N/A Valor Adición: N/A

Porcentaje de ejecución financiera: 00% Porcentaje de ejecución en tiempo: 00%

EJECUCION DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERIODO REPORTADO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS	SOPORTES
1 Se realiza cartografía social del barrio centro y cronograma mensual de visitas en donde se evidencia: mapa de actores y tensiones (cartografía social), reconocimiento inicial del territorio y dinámicas básicas así mismo informe escrito de las principales dificultades del microterritorio. Se realizan visitas en el entorno hogar, a través del diligenciamiento completo de la Ficha familiar en ArcGIS Survey 123 que incluye caracterización y seguimiento al 100 % de los integrantes de la familia de acuerdo con la asignación de la territorialización del municipio de Arbeláez del barrio centro y la concentración geográfica. * Casco urbano- centro poblado: Visitas 20 AIEPI Se caracteriza en el entorno hogar a través de la ficha AIEPI Comunitario, de la población de infancia y primera infancia existente en el microterritorio asignado por el ente territorial	130304 caracterización comunitaria I30302-CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO HOGAR.	cartografia social del barrio centro e informe de priorizacion de problemas del microterritorio, con soporte de 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 audiovisuales y ludicopedagógicas 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. 1. Base de datos descargada de la plataforma ArcGIS, del periodo a revisar, de la Ficha de caracterización familiar de acuerdo con el microterritorio del centro de enfermería, que contenga información completa de los hallazgos encontrados

(desde el primer día de nacido hasta los 11 años 11 meses y 29 días). De acuerdo con la identificación de riesgos de salud y sociales. Se realizan mesas de trabajo con el gestor comunitario, en donde se definen mecanismos de articulación verificando que pacientes requieren de su atención. Se realiza educación a las familias visitadas, con el fin de promover la vacuna de la fiebre amarilla, y que sepan la importancia de colocársela. *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, 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.	130302-CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO HOGAR. 130302 CARACTERIZACION DEL ENTORNO HOGAR 130005 CONTROL A LAS INTERVENCIONES RECIBIDAS	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. 2. Diligenciamiento de formularios de acuerdo de confidencialidad y custodia de la información, de manera legible. LA CARACTERIZACIÓN MEDIANTE, LA FICHA AIEPI 1. Base de datos descargada de la plataforma ArcGIS, del periodo cada una de las variables, los riesgos identificados. 3. Soporte de AIEPI y carnet escaneado donde se evidencia el seguimiento de menores, con registro de asistencia . 5 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. PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE DE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1. Acta que soporta el desarrollo de los mecanismos
--	---	--

Se brinda información en signos, síntomas, factores de riesgo y alertas ante la aparición de Enfermedades de Interés en Salud Pública encontradas en la población. Se caracteriza al 100% de las gestantes y puérperas del municipio, mediante ficha familiar y Kardex de gestantes. Se realizaron planes de cuidado de acuerdo a las alertas registradas en la caracterización, en donde se evidencie el manejo individual, familiar y colectivo, según riesgo. Se realiza informe cuali cuantitativo de las acciones realizadas en el microterritorio del centro, el cual debe venir acompañado de fima de cordinador pic municipal. Demas actividades que sugiera el supervisor de contrato	I10604-informacion para el ejercicio del derecho a la salud 130302- CARACTERIZACION DEL ENTORNO HOGAR 130302- CARACTERIZACION DEL ENTORNO HOGAR	2. Base de datos caja de herramientas del periodo a revisar en el módulo de seguimiento, que contenga las diferentes variables donde se evidencia que las canalizaciones se encuentran en estado de: *Efectividad. *En trámite . *Efectivo con remisión. *NO efectivo (por barreras de acceso, por voluntad del usuario). 3. 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. listado 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 mínimo 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 mínimo un (1) seguimiento dentro de los 42 días posteriores al parto en Ficha de caracterizacion familiar. 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
---	--	---

	130302 CARACTERIZACION DEL ENTORNO HOGAR	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 brindada en Ficha familiar y informe de actividades . 3. Registro fotografico con georeferenciacion.
	130302 CARACTERIZACION DEL ENTORNO HOGAR.	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE DE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: * Base de datos descargada de la plataforma ArcGIS, del periodo a revisar con usuarios identificados 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.
	130302 CARACTERIZACION DEL ENTORNO HOGAR	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 audiovisuales y ludicopedagógicas 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. 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. 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 ludicopedagógicas empleadas. 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.
--	--	--

DESAGREGACIÓN DE COSTOS

ÁREA DONDE SE EJECUTA LA ACTIVIDAD	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN POR ÁREA	VALOR
Area extramural del municipio de Arbeláez Equipos Básicos	100 %	(\$2.500.000.00)
TOTAL	100%	(\$2.500.000.00)

PRODUCCION

PRODUCTOS A ENTREGAR	PRODUCTOS ENTREGADOS	% EJECUCION	
		% DE EJECUCION FINANCIERA	% DE EJECUCIÓN EN TIEMPO
- Base de datos survey - Actas - Formato de canalizaciones - Registro de asistencias de intervenciones colectivas - Planillas consolidado - Fichas AIEPI - Fotos como evidencia de la actividad.	- Base de datos survey - Actas - Formato de canalizaciones - Registro de asistencias de intervenciones colectivas - Planillas consolidado	75 %	75%

ANEXOS:

1. Copia pago planilla seguridad social.
2. Evidencias (Digital)
3. Formulario de declaración juramentada
4. Pago de seguridad correspondiente


PAULA ANDREA BERMUDEZ OCHOA
Contratista.


SAUL PARRA GARCIA
Supervisor.


DR ANGELA MARITZA DIAZ
Apoyo a la supervisión



RAZÓN SOCIAL:	PAULA ANDREA BERMUDEZ OCHOA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1053819357
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-04-08
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-04-17
FECHA DE PAGO:	2026-04-08
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERÍODO PENSIÓN:	2026-03
PERÍODO SALUD:	2026-03
NÚMERO PLANILLA:	38638308
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	38638308
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
079037	45000000	FINESIMAR	1	\$ 1.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 300.000	\$ 200.000
20281	8012878	PROTECCION	1	\$ 1.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 300.000	\$ 200.000
9.23	80011180	POSITIVA	1	\$ 1.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 300.000	\$ 200.000
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 900.000	\$ 600.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/05/2026
----------------------------------	------------

Certificación Bancaria

Lunes, 09 de marzo 2026 A

quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que PAULA ANDREA BERMUDEZ OCHOA identificado(a) con CC 1003619367, 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	26406326828	2020-01-16	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.

(Firma)

		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto: D 3 Actualización					
			4. Número de Identificación: 141043809209 		
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 0 3 6 1 8 3 6 7		6. DV: 8		7. Dirección comercial: República y Antonio de Ocampo	
IDENTIFICACIÓN					
15. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión de personas: 2		16. Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía: 1 3		18. Número de identificación: 1 0 0 3 6 1 8 3 6 7	
19. Lugar de expedición: COLOMBIA		20. País: 1 0 0		21. Departamento: CUNDINAMARCA: 2 5	
22. Ciudad/Municipio: Bogotá: 2 9 0		23. Párrafo: 0000000000		24. Ciudad/Municipio: Bogotá: 2 9 0	
25. Primer apellido: BERMUDEZ		26. Segundo apellido: CORDA		27. Primer nombre: DAULA	
28. Segundo nombre: DAULA		29. Primer nombre: DAULA		30. Segundo nombre: DAULA	
31. Nombre social:					
32. Nombre comercial:					
33. Tipo:					
UBICACIÓN					
34. País: COLOMBIA: 1 0 0		35. Departamento: Cundinamarca: 2 5		36. Ciudad/Municipio: Bogotá: 2 9 0	
37. Dirección principal: CL 21 - 2 - 25 BRR FUSACATAN					
38. Correo electrónico: Paulabermudez@hotmail.com					
39. Código postal:		40. Teléfono 1:		41. Teléfono 2:	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica					
42. Actividad principal: 49. Código: 8 6 9 9		43. Actividad secundaria: 50. Código: 2 0 2 2 1 0 0 1		44. Otras actividades: 51. Código: 1	
45. Fecha inicio actividad:		46. Fecha final actividad:		47. Descripción:	
Responsabilidades, Cuentas y Aduanas					
48. Código: 2 0					
49. Observación:					
Otros datos adicionales					
52. Código:					
53. Fecha:					
54. Tipo:					
55. Descripción:					
56. Fecha:					
57. Tipo:					
58. Descripción:					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haga lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario (RUT), tendrá vigencia indefinida y se cancelará en su totalidad la inscripción.					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Aprobado: 8		60. No. de Folio: 2		61. Fecha: 2024-05-02 / 02:00:00 PM	
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser veraz y verídica, en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se sancionarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, contemplados en el artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1072 del 2015. De igual manera el formulario al inscribirse el usuario fue informado y acepta la política de privacidad de datos ley 1381 de 2010.			Sin perjuicio de las modificaciones que la DIAN realice.		
62. Nombre: MAYORLA JENNY LIDY CATERINE			63. Cargo: Asistente		