Ocaña, 17 de abril de 2026

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

Faired Camila Vera Ortiz, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **1004863628** expedida **en La Playa de Belén**, 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	$ 6.900.000
VALOR CUENTA A PRESENTAR	$ 3.450.000
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	DEL 12 DE MARZO AL 11 DE ABRIL DE 2026
SUPERVISOR DEL CONTRATO	HOLGER ALEXIS SANTOS MALDONADO

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,

Faired Camila Vera

FAIRED CAMILA VERA ORTIZ
CC. 1004863628

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No.01
CONTRATO No 123 - 2026

DEBE A:
FAIRED CAMILA VERA ORTIZ
CC. 1004863628

LA SUMA DE:
TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTAMIL PESOS MCTE. ($3.450.000)

PERIODO:
DEL 12 DE MARZO AL 11 DE ABRIL DE 2026

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LOS QUIPOS BÁSICOS EN SLAUD EN LAS AREAS RURALES CONCENTRADAS DEL MUNICIPIO DE OCAÑA, DANDO CUMPLIMENTO A LA RESOLUCIÓN 212 DE 2025 Y A LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES.

"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
	X	

Cordialmente,

Faired Camila Vera

FAIRED CAMILA VERA ORTIZ
C.C. 1004863628
CELULAR: 3173475944
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA: 31834613134

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	FAIRED CAMILA VERA ORTIZ	**CÉDULA**	1.004.863.628
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	**PERIODO DEL INFORME**	12 DE MARZO AL 11 DE ABRIL DEL 2026
No. CONTRATO	123- 2026		
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LOS QUIPOS BÁSICOS EN SLAUD EN LAS AREAS RURALES CONCENTRADAS DEL MUNICIPIO DE OCAÑA, DANDO CUMPLIMENTO A LA RESOLUCIÓN 212 DE 2025 Y A LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES.		
VIGENCIA	2 MESES		

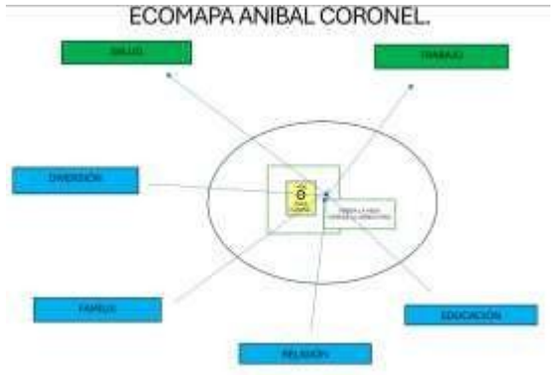
CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

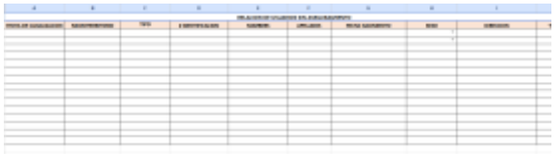
Se desarrollaron actividades obligacionales para la ejecución del contrato de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión durante el periodo indicado, mediante las siguientes actividades**:**

ITEM	ACTIVIDAD
1 REALIZAR Y APOYAR EL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CON UNA META MÍNIMA DE 150 MENSUALES MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LOS FORMULARIOS DE CARACTERIZACIÓN APS, UTILIZANDO LA APLICACIÓN SURVEY 123 Y/O SI-APS U OTRA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA IMPLEMENTADA DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ASEGURANDO LA VERACIDAD DE LOS DATOS RECOLECTADOS.	SE REALIZÓ LA CARACTERIZACIÓN DE 12 FAMILIAS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LOS FORMULARIOS APS. ESTA ACTIVIDAD SE DESARROLLÓ DE MANERA ESCRITA DADO QUE LA PLATAFORMA SI-APS NO ESTÁ HABILITADA, EN CONCORDANCIA CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. DURANTE EL PROCESO, SE GARANTIZÓ LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN VERAZ Y CONFIABLE, CUMPLIENDO CON LOS ESTÁNDARES EXIGIDOS. 
2 REVISAR LA CALIDAD DE LOS DATOS REGISTRADOS EN CADA FORMULARIO, GARANTIZANDO QUE TODOS LOS FORMULARIOS SEAN ENVIADOS CORRECTAMENTE A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN. SE DEBERÁ ASEGURAR QUE LOS FORMULARIOS EN ESTADO DE	SE LLEVÓ A CABO LA VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL DRIVE, ASEGURANDO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA FUERA COMPLETA, COHERENTE Y PRECISA. DE IGUAL MANERA, SE GARANTIZÓ EL ENVÍO OPORTUNO Y ADECUADO DE TODOS LOS FORMULARIOS A TRAVÉS DEL DRIVE DE EBS 1.

	“BORRADOR” NO SEAN VALIDADOS, SIENDO ÚNICAMENTE VÁLIDOS AQUELLOS QUE HAYAN SIDO ENVIADOS CORRECTAMENTE.	
3	**CANALIZAR A LOS USUARIOS A LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD PRIMARIA SEGÚN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS LA MORTALIDAD EVITABLE Y LA DISCAPACIDAD PREVENIBLE Y A TRAVÉS DE LA DEMANDA INDUCIDA A LAS FAMILIAS SOBRE EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE SALUD Y DE OTROS SECTORES DE ACUERDO CON SUS NECESIDADES (SOPORTAR CON UN ACTA EN EL QUE SE EVIDENCIE AL MENOS EL 70% DE EFECTIVIDAD).**	SE EFECTUÓ LA CANALIZACIÓN DE LOS USUARIOS HACIA LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD PRIMARIA, TENIENDO EN CUENTA LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, LA MORTALIDAD EVITABLE Y LA DISCAPACIDAD PREVENIBLE. ASIMISMO, SE DESARROLLARON ESTRATEGIAS DE DEMANDA INDUCIDA ORIENTADAS A LAS FAMILIAS, MEDIANTE LA SOCIALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE SALUD Y DE OTROS SECTORES SEGÚN SUS NECESIDADES. 
4	**CUMPLIR LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES CORRESPONDIENTES A SU PERFIL PROFESIONAL QUE INCLUYEN, PERO NO SE LIMITA: TOMA DE SIGNOS VITALES RELACIONADAS CON EL CUIDADO Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD, Y ACTIVIDADES DE BUSQUEDA Y SEGUIMIENTO Y CONTROL DENTRO DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, ASEGURANDO EL CUMPLIMIENTO DE METAS, SEGUIMIENTO ADECUADO, DENTRO DEL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018.**	SE DIO CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES PROPIAS DEL PERFIL PROFESIONAL, INCLUYENDO LA TOMA DE SIGNOS VITALES COMO PARTE DEL CUIDADO Y SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS. DE IGUAL MANERA, SE LLEVARON A CABO ACCIONES DE BÚSQUEDA ACTIVA, SEGUIMIENTO Y CONTROL EN EL MARCO DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD. 
5	**REALIZAR MÍNIMO 150 PLANES DE CUIDADO MENSUALES, LOS CUALES DEBEN COINCIDIR CON LAS PERSONAS, HOGARES Y COMUNIDADES CARACTERIZADAS Y LAS EDUCACIONES IMPARTIDAS**	SE ELABORARON 12 PLANES DE CUIDADO MENSULES, ASEGURANDO SU COHERENCIA CON LAS PERSONAS, HOGARES Y COMUNIDADES PREVIAMENTE CARACTERIZADAS, ASÍ COMO CON LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS DESARROLLADAS. ESTOS FUERON DEBIDAMENTE SOPORTADOS EN LOS

	SOPORTADA EN LOS INSTRUMENTOS CORRESPONDIENTES UTILIZANDO LA APLICACIÓN SI-APS U OTRA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA IMPLEMENTADA DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ASEGURANDO LA VERACIDAD DE LOS DATOS RECOLECTADOS; SIENDO EL PRINCIPAL SUMINISTRO DE LAS ACTIVIDADES ESPECIALES Y SE TOMARÁ PARA EL SEGUIMIENTO Y APROBACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES.	INSTRUMENTOS ESTABLECIDOS Y REGISTRADOS A TRAVÉS DEL DRIVE, EN CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. DURANTE EL PROCESO, SE GARANTIZÓ LA VERACIDAD Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN RECOLECTADA. 
6	**REMITIR DE MANERA OPORTUNA LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA POR EL COORDIADOR PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, INCLUYENDO; INFORMES EN MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, CRONOGRAMA Y OTROS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR EL SUPERVISOR, CONFORME A SUS FACULTADES.**	SE REALIZÓ LA ENTREGA OPORTUNA DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR EL COORDINADOR PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL, INCLUYENDO INFORMES EN MEDIO FÍSICO Y DIGITAL SOBRE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, ASÍ COMO EL CRONOGRAMA Y DEMÁS SOPORTES SOLICITADOS POR EL SUPERVISOR. TODO LO ANTERIOR SE PRESENTÓ CONFORME A LOS LINEAMIENTOS Y DISPOSICIONES ESTABLECIDAS, GARANTIZANDO LA ORGANIZACIÓN, CLARIDAD Y OPORTUNIDAD DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA. 
7	**IDENTIFICAR LAS PRIORIDADES DE RESPUESTA INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA POR EDAD, SEXO-GENERO, ETNIA, ENTRE OTRAS CARACTERÍSTICAS PERTINENTES Y POR MICRO TERRITORIOS ASIGNADOS QUE DEBEN SER SOPORTADOS EN LAS ACTAS DE CARTOGRAFÍA, DETERMINANTES, Y BARRERAS.**	SE ESTABLECIERON LAS PRIORIDADES DE RESPUESTA A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO, CONSIDERANDO VARIABLES COMO EDAD, SEXO-GÉNERO, ETNIA Y OTRAS CARACTERÍSTICAS RELEVANTES EN LOS MICROTERRITORIOS ASIGNADOS. ESTE PROCESO FUE DEBIDAMENTE RESPALDADO MEDIANTE ACTAS DE CARTOGRAFÍA SOCIAL, ANÁLISIS DE DETERMINANTES Y EVALUACIÓN DE BARRERAS, LO QUE PERMITIÓ UNA ADECUADA PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES EN SALUD. 
8	**BRINDAR COMO MÍNIMO 20 EDUCACIONES GRUPALES Y 20 EDUCACIONES INDIVIDUALES AL**	SE DESARROLLARON 4 SESIONES EDUCATIVAS GRUPALES Y 12 INDIVIDUALES DE MANERA MENSUAL, ENFOCADAS EN LA PROMOCIÓN DE LA

	MES PARA LA SALUD E INFORMACIÓN ORIENTADA A LA PROMOCIÓN DE LAS SAUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA Y ADOPCIÓN DE PRÁCTICAS DE CUIDADO DE SÍ MISMO DE LOS DEMÁS Y DE SU ENTORNO SEGÚN SICLO DE VIDA (SOPORTADA CON MATERIAL IMPRESO O FÍSICO INFORMATIVO, LISTA DE ASISTENCIA Y MÁS DE TRES FOTOS POR ACTA.	SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. DURANTE ESTAS ACTIVIDADES SE ABORDARON TEMAS RELACIONADOS CON LA IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA Y LA ADOPCIÓN DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO, CUIDADO DE OTROS Y DEL ENTORNO, DE ACUERDO CON EL CICLO DE VIDA. ESTAS ACCIONES FUERON DEBIDAMENTE RESPALDADAS CON MATERIAL EDUCATIVO IMPRESO, LISTAS DE ASISTENCIA Y REGISTROS FOTOGRÁFICOS. 
9	**APOYAR EN LA REALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS DURANTE LA CARACTERIZACIÓN A) FAMILIOGRAMA B) APGAR FAMILIAR C) ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT Y D) ECOMAPA.**	SE BRINDÓ APOYO EN LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DURANTE EL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN, INCLUYENDO LA ELABORACIÓN DE FAMILIOGRAMAS, ASÍ COMO LA APLICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR, LA ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT Y EL ECOMAPA. 
10	**GESTIONAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (PROMOCIÓN DE LA SALUD, EDUCACIÓN, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS), DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS, REALIZANDO LA CANALIZACIÓN A LAS DIFERENTES MODALIDADES (EXTRAMURAL, INTRAMURAL EN PRESTADOR PRIMARIO O COMPLEMENTARIO Y TELEMEDICINA. A TRAVÉS DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO 5.1 Y GESTIÓN EFECTIVA DE LA NECESIDAD DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD.**	SE GESTIONÓ LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, ABARCANDO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, EDUCACIÓN, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS, EN CONCORDANCIA CON LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS EN LA POBLACIÓN, LAS FAMILIAS Y LAS COMUNIDADES. 

11 REALIZAR SEGUIMIENTO EFECTIVO A LOS HALLAZGOS E INTERVENCIONES CON LA FAMILIA, PERSONAS, COMUNIDADES ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE CUIDADO, TENIENDO EN CUENTA QUE EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE CUIDADO CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE LOS QUIPOS BÁSICOS DE SALUD CUMPLE UN ROL INTEGRANDO LAS ACCIONES PARA LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES.	SE LLEVÓ A CABO EL SEGUIMIENTO EFECTIVO A LOS HALLAZGOS E INTERVENCIONES ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE CUIDADO, DIRIGIDAS A PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDADES. ESTE PROCESO SE DESARROLLÓ MEDIANTE EL TRABAJO ARTICULADO DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO, QUIENES DESDE SUS RESPECTIVOS ROLES INTEGRARON ACCIONES ORIENTADAS A GARANTIZAR LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS. 
12 IDENTIFICAR PERSONAS NO AFILIADAS AL SISTEMA DE SALUD Y GESTIONAR EL TRÁMITE DE AFILIACIÓN SOPORTANDO EN LOS AMEXOS CORRESPONDIENTES.	NO SE EVIDENCIÓ LA PRESENCIA DE PERSONAS SIN AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD DURANTE EL PROCESO DESARROLLADO. 

CONTRATISTA	
NOMBRE	FAIRED CAMILA VERA ORTIZ
FIRMA	Faired Camila Vera

LINK DEL DRIVE

https://drive.google.com/drive/folders/1qz7k-obW4rGKyIElN1zGM5cFHD6jfnuk

LIDER DEL EQUIPO

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1004863628		VERA ORTIZ FAIRED CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 51A #6A 17	OCAÑA-NORTE DE SANTANDER	5622463	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	1000000461	9502704143	I	2026/04/09	2026/04/14	BANCO DE BOGOTA	5	$344,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,108,907	$177,500			$1,108,907	$138,700			$0	$0			$1,108,907		$27,100		$0	$0		$343,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,108,907	$177,500			$1,108,907	$138,700			$0	$0			$1,108,907		$27,100		$0	$0		$343,300
Ciudad: OCAÑA Depto: NORTE DE SANTANDER (1 Afiliados)						$1,108,907	$177,500			$1,108,907	$138,700			$0	$0			$1,108,907		$27,100		$0	$0		$343,300
1	CC	1004863628	VERA FAIRED X	23030 1	19	$1,108,907	$177,500	EPS037	19	$1,108,907	$138,700		0	$0	$0	14-23	19	$1,108,907	2.436%	$27,100	0	$0	$0	No	$343,300
Total	**Afiliados(1)**					$1,108,907	$177,500			$1,108,907	$138,700			$0	$0			$1,108,907		$27,100		$0	$0		$343,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1004863628		VERA ORTIZ FAIRED CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 51A #6A 17	OCAÑA-NORTE DE SANTANDER	5622463	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	1000000471	9502705021	I	2026/05/08	2026/04/14	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Ciudad: OCAÑA Depto: NORTE DE SANTANDER (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC	1004863628	VERA FAIRED	23030 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800