Ocaña, 18 de abril 2026

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

Leonard Miguel Villamizar Parada, identificado (a) con la cédula de ciudadanía 1.091.674.139 expedida en Ocaña, 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 11 DE ABRIL DEL 2026
SUPERVISOR DEL CONTRATO	HOLGER 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,

Miguel V.

LEONARD MIGUEL VILLAMIZAR PARADA
CC. 1.091.674.139

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No 1
CONTRATO No 120 - 2026

DEBE A:
LEONARD MIGUEL VILLAMIZAR PARADA
CC 1.091.674.139

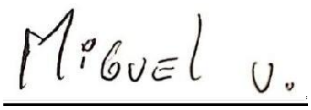
LA SUMA DE:
TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL ($3.450.000)

PERIODO:
DEL 12 MARZO AL 11 DE ABRIL DE 2026

POR CONCEPTO DE: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD EN LAS ÁREAS RURALES CONCENTRADA DEL MUNICIPIO DE OCAÑA, DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 212 DE 2025 Y LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL ESE 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,

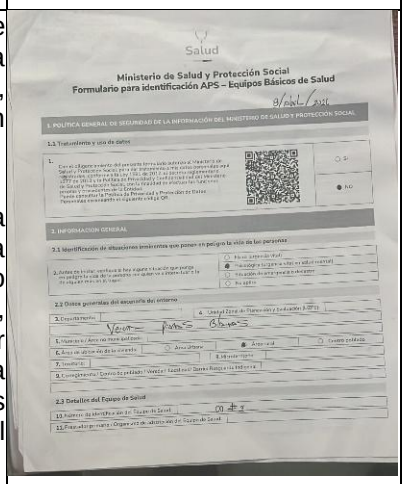


LEONARD MIGUEL VILLAMIZAR PARADA
CC 1.091.674.139
CELULAR: 3152513364
CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA No 31814338013

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	LEONARD MIGUEL VILLAMIZAR PARADA	**CÉDULA**	1.091.674139
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**PERIODO DEL INFORME**	DEL 12 DE MARZO AL 11 DE ABRIL DEL 2025
No. CONTRATO	120 –2026		
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD EN LAS ÁREAS RURALES CONCENTRADA DEL MUNICIPIO DE OCAÑA, DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 212 DE 2025 Y LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES		
VIGENCIA	2 MESES		

CONTROL DE ACTIVIDADES			
N	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACTIVIDAD EJECUTADA**	**EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD**
1	**OBLIGACION #1 : REALIZAR Y APORYAR EL PROCESO DE CARACTERIZACION DE LA POBLACION CON UNA META MINIMA DE 150 MENSUALES MEDIANTE DE LA APLICACIÓN DE LOS FORMULARION DE CARACTERIZACION APS UTILIZADO LA APLICACIÓN SURVEI 123 Y / O SI-APS U OTRA HERRAMIENTA TECNOLOGICA IMPLEMENTADA DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL , ASEGURANDO LA VERASIDAD DE LOS DATOS RECOLECTADOS**	Como aux de enfermería asumo esta obligación con enfoque en la calidad, la ética y el cumplimiento de los lineamientos institucionales: La caracterización de la población en el marco de Atención Primaria en Salud (APS) es una actividad fundamental para identificar las condiciones de salud, riesgos y determinantes sociales que afectan a la comunidad. En este sentido, realizaré y apoyaré activamente el proceso de caracterización, garantizando el cumplimiento de la meta mínima mensual de 150 registros. Para ello, aplicaré de manera adecuada los formularios establecidos, utilizando herramientas tecnológicas como Survey123, SI-APS u otras plataformas definidas por la institución y el Ministerio de Salud y Protección Social. Me aseguraré de diligenciar la información de forma completa, clara y oportuna, respetando los protocolos establecidos. Asimismo, velaré por la veracidad y confiabilidad de los datos recolectados, mediante una adecuada entrevista con los usuarios, fomentando la comunicación asertiva y el respeto por la	

		confidencialidad de la información. Esto permitirá contar con datos precisos que contribuyan a la toma de decisiones en salud pública y a la planificación de intervenciones efectivas. Finalmente, mantendré una actitud responsable y comprometida, orientada al mejoramiento continuo del proceso y al bienestar de la comunidad atendida	
2	**REVISAR LA CALIDAD DE LOS DATOS REGISTRADOS EN CADA FORMULARIO, GARANTISANDO QUE TODOS LOS FORMULARIOS SEAN ENVIADOS CORRECTAMENTE A TRAVES DE LA APLICACIÓN . SE DEBERA ASEGURAR WUE LOS FORMULARIOS EN ESTADO DE (BORRADOR) NO SEAN VALIDADOS , SIENDO UNICAMENTE VALIDOS AQUELLOS QUE SEAN ENVIADOS CORRECTAMENTE**	Como aux de enfermería reconozco que la calidad de la información es clave para una adecuada gestión en salud pública, por lo cual asumo esta obligación con responsabilidad y rigor: Realizaré la revisión sistemática de la calidad de los datos registrados en cada formulario de caracterización, verificando que la información sea completa, coherente y acorde con lo reportado por el usuario. Prestaré especial atención a posibles inconsistencias, datos incompletos o errores de digitación, con el fin de garantizar registros confiables. Asimismo, aseguraré que todos los formularios sean enviados correctamente a través de la aplicación correspondiente (Survey123, SI-APS u otra herramienta institucional), verificando su estado final dentro del sistema. Tendré en cuenta que los formularios en estado “borrador” no son válidos, por lo que implementaré controles periódicos para identificar y gestionar estos casos, evitando que queden sin envío. Solo consideraré como válidos aquellos formularios que hayan sido correctamente diligenciados y enviados, garantizando así la integridad del proceso de caracterización. Mantendré una actitud proactiva en la corrección de errores y en el seguimiento de los registros, contribuyendo a la calidad de la información y al fortalecimiento de las acciones en Atención Primaria en Salud.	 Salud Ministerio de Salud y Protección Social Formulario para identificación APS – Equipos Básicos de Salud 1. POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 1.1 Tratamiento y uso de datos 2. INFORMACION GENERAL 2.1 Identificación de situaciones inminentes que ponen en peligro la vida de las personas 2.2 Datos generales del escenario del entorno 2.3 Detalles del Equipo de Salud

3	**CANALIZAR A LOS USUARIOS A LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD PRIMARIO SEGUNDO RIESGOS IDENTIFICADOS LA MORTALIDAD EVITABLE Y LA DISCAPACIDAD PREVENIBLE Y ATRAVES DE LA DEMANDA INDUCIDA A LAS FAMILIAS SOBRE EL PORTAFOLIO DE SERVICIO DE SALUD Y DE OTROS SECTORES DEACUERDO CON SUS NECESIDADES (SOPORTAR UN ACTA EN LA QUE SE EVIDENCIA AL MENOS EL 70% DE EFECTIVIDAD**	Como auxiliar de enfermería, desarrollo esta obligación con enfoque en la promoción, prevención y continuidad del cuidado: Realizaré la canalización oportuna de los usuarios hacia la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) primaria, teniendo en cuenta los riesgos identificados durante el proceso de caracterización, especialmente aquellos relacionados con mortalidad evitable y discapacidad prevenible. Esta gestión la llevaré a cabo mediante la orientación clara al usuario y su familia, explicando la importancia de acceder a los servicios de salud de manera temprana. Asimismo, implementaré la demanda inducida, brindando educación a las familias sobre el portafolio de servicios de salud disponibles y la oferta de otros sectores (como programas sociales), de acuerdo con sus necesidades específicas. Promoveré el acceso a controles, programas de promoción y prevención, y rutas de atención establecidas. Para garantizar el cumplimiento de esta actividad, elaboraré y soportaré un acta donde se evidencie el seguimiento a las canalizaciones realizadas, verificando que al menos el 70% de los usuarios efectivamente accedan a los servicios recomendados. Este seguimiento incluirá registros claros, firmas o soportes de contacto, y evidencias que respalden la efectividad del proceso. Mantendré un trato humanizado, respetuoso y comprometido, fortaleciendo el vínculo con la comunidad y contribuyendo a mejorar los resultados en salud.	
4	**CUMPLIR LAS ACTIVIDADES EXISTENCIALES CORRESPONDIENTES A SU PERFIL PROFESIONAL QUE INCLUYEN PERO NO SE LIMITA TOMA DE SIGNOS VITALES RELACIONADAS CON EL**	Como auxiliar de enfermería, asumo el cumplimiento de esta obligación con responsabilidad, compromiso y apego a la normatividad vigente: Desarrollaré las actividades asistenciales propias de mi perfil, incluyendo la toma y registro de signos vitales, así como otras	

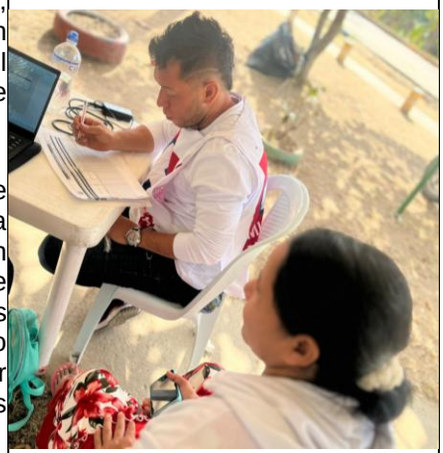
	CUIDADO Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD Y ACTIVIDADES DE BÚSQUEDA Y SEGUIMIENTO Y CONTROL DENTRO DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD ASEGURANDO EL CUMPLIMIENTO DE METAS SI SEGUIMIENTO ADECUADO DENTRO DEL MARCO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018	acciones relacionadas con el cuidado, seguimiento y monitoreo del estado de salud de los usuarios. Estas actividades se realizarán con técnica adecuada, garantizando la seguridad del paciente y la calidad en la atención. Participaré activamente en las acciones de búsqueda activa, seguimiento y control de los usuarios dentro de los programas de promoción y mantenimiento de la salud, priorizando a la población en riesgo y asegurando la adherencia a las rutas integrales de atención. Brindaré orientación oportuna a los usuarios y sus familias, fomentando prácticas de autocuidado y el acceso a los servicios de salud. Asimismo, contribuiré al cumplimiento de las metas establecidas por la institución, mediante el registro oportuno y veraz de las actividades realizadas, y el seguimiento continuo de los casos asignados. Todas mis acciones estarán enmarcadas en la implementación de la Resolución 3280 de 2018, cumpliendo con los lineamientos definidos para la Atención Integral en Salud. Mantendré una actitud ética, humanizada y proactiva, orientada al mejoramiento continuo y al bienestar de la comunidad atendida.	
5	**REALIZAR MÍNIMO 150 PLANES DE CUIDADO MENSUALES LOS CUALES DEBEN COINCIDIR CON LAS PERSONAS HOGARES Y COMUNIDADES CARACTERIZADAS Y LA EDUCACIÓN ES IMPARTIDAS SOPORTADAS EN LOS INSTRUMENTOS CORRESPONDIENTES UTILIZANDO LAS APLICACIONES SI APS U OTRA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA IMPLEMENTANDO DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL ASEGURANDO LA VERACIDAD DE LOS DATOS RECOLECTADOS SIENDO LA PRINCIPAL SUMINISTRO DE LAS ACTIVIDADES ESPECIALES Y SE TOMARÁ PARA EL SEGUIMIENTO Y**	Como auxiliar de enfermería, asumo esta obligación con responsabilidad y compromiso en el marco de la Atención Primaria en Salud: Realizaré como mínimo 150 planes de cuidado mensuales, garantizando que estos correspondan de manera coherente con las personas, familias y comunidades previamente caracterizadas. Cada plan será individualizado según las necesidades identificadas, priorizando riesgos y condiciones de salud, y orientado a la promoción, prevención, seguimiento y control. Asimismo, brindaré educación en salud a los usuarios y sus familias, asegurando que las intervenciones educativas estén debidamente	

	APROBACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	soportadas en los instrumentos establecidos y alineadas con los lineamientos institucionales. Promoveré el autocuidado, la adherencia a tratamientos y el uso adecuado de los servicios de salud. Registraré todas las actividades en las herramientas tecnológicas definidas, como SI-APS u otras plataformas autorizadas, garantizando el diligenciamiento completo, oportuno y veraz de la información recolectada. Velaré por la calidad de los datos, ya que estos constituyen el principal insumo para el seguimiento, evaluación y aprobación de los informes de actividades. Mantendré una actitud ética, organizada y orientada al cumplimiento de metas, contribuyendo al fortalecimiento de los procesos de atención y al mejoramiento de las condiciones de salud de la población atendida.	
6	**REMITIR DE MANERA OPORTUNA LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA POR EL COORDINADOR, PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, INCLUYENDO INFORME EN MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, CRONOGRAMA Y OTROS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR EL SUPERVISOR CONFORME A SUS FACULTADES**	Como auxiliar de enfermería, asumo esta obligación con responsabilidad, organización y compromiso institucional: Remitiré de manera oportuna y completa toda la documentación solicitada por el coordinador o supervisor, con el fin de evaluar el cumplimiento del contrato. Esto incluye la entrega de informes de actividades ejecutadas tanto en medio físico como magnético, garantizando que la información sea clara, coherente y verificable. Asimismo, presentaré el cronograma de actividades y demás soportes requeridos, asegurando que estén debidamente diligenciados, organizados y alineados con las funciones asignadas. Mantendré actualizados los registros y evidencias de cada actividad realizada, facilitando los procesos de seguimiento, evaluación y auditoría. Cumpliré con los tiempos establecidos para la entrega de la documentación, demostrando responsabilidad y compromiso con las metas institucionales. Actuaré	

		con ética y transparencia, garantizando la veracidad de la información reportada y contribuyendo al adecuado control y supervisión de las actividades desarrolladas.	
7	**IDENTIFICAR LAS PRIORIDAD, PRIORIDADES DE RESPUESTA, INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA, POR EDAD, SEXO, GÉNERO O ETNIA, ENTRE OTRAS CARACTERÍSTICAS PERTINENTES Y POR MICRO TERRITORIOS ASIGNADOS QUE DEBEN SER SOPORTADOS EN LAS ACTAS DE CARTOGRAFÍA, DETERMINANTES Y BARRERAS**	Como auxiliar de enfermería, asumo esta obligación con enfoque integral y comunitario dentro de la Atención Primaria en Salud: Identificaré las prioridades y necesidades de respuesta a nivel individual, familiar y comunitario, teniendo en cuenta características como edad, sexo, género, etnia y otros determinantes sociales que influyen en el estado de salud. Este análisis me permitirá reconocer poblaciones en mayor condición de vulnerabilidad y orientar las intervenciones de manera más efectiva. Realizaré la organización y priorización por microterritorios asignados, identificando riesgos, problemáticas de salud, determinantes sociales y posibles barreras de acceso a los servicios. Esto facilitará la planeación de acciones dirigidas y el seguimiento adecuado de la población. Asimismo, soportaré esta información mediante actas de cartografía social, registros de determinantes y análisis de barreras, asegurando que la información consignada sea clara, veraz y coherente con la realidad identificada en el territorio. Desarrollaré estas actividades con sentido crítico, responsabilidad y compromiso, contribuyendo a la toma de decisiones en salud, al fortalecimiento de las estrategias de intervención y al mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad atendida.	

8	**BRINDAR COMO MÍNIMO 20 EDUCACIONES, GRUPALES Y 20 EDUCACIONES INDIVIDUALES AL MES, PARA QUE LA SALUD INFORMACIÓN ORIENTADA A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDAD, IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA Y ADOPCIÓN DE PRÁCTICAS DE CUIDADOS DE SÍ MISMO DE LOS DEMÁS Y DE SU ENTORNO, SEGÚN CICLO DE VIDA, ENTRE (SOPORTAR CON MATERIAL, IMPRESO O FÍSICO, INFORMATIVO, LISTAS DE ASISTENCIAS Y MÁS DE TRES FOTOS POR ACTA)**	Como auxiliar de enfermería, asumo esta obligación con compromiso en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad: Brindaré como mínimo 20 educaciones grupales y 20 educaciones individuales al mes, dirigidas a la comunidad según el ciclo de vida (niñez, adolescencia, adultez y vejez). Estas actividades estarán orientadas a fortalecer conocimientos sobre promoción de la salud, prevención de enfermedades, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de autocuidado, cuidado de los demás y del entorno. Las intervenciones educativas serán claras, pertinentes y adaptadas a las características de la población, fomentando la participación activa y el aprendizaje significativo. Abordaré temas prioritarios según los riesgos identificados en la comunidad. Asimismo, garantizaré el adecuado soporte de cada actividad mediante material educativo (impreso o físico), listas de asistencia debidamente diligenciadas y registro fotográfico (mínimo tres fotos por cada acta), cumpliendo con los lineamientos establecidos por la institución. Mantendré un registro organizado, veraz y completo de todas las actividades realizadas, contribuyendo al seguimiento, evaluación y cumplimiento de las metas establecidas, y fortaleciendo el impacto de las acciones en la comunidad	 

9	**APOYAR EN LA REALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS DURANTE LA CARACTERIZACIÓN A) FAMILIA, PROGRAMAS, B) APGAR FAMILIAR FAMIL C) ESCALAS DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT Y D) ECOMAPA**	Como auxiliar de enfermería, asumiré el apoyo en la aplicación de instrumentos durante el proceso de caracterización, garantizando un adecuado abordaje familiar y comunitario: Apoyaré en la aplicación del instrumento de caracterización familiar y de programas, recolectando información relevante sobre las condiciones de salud, entorno, dinámica familiar y vinculación a programas de promoción y mantenimiento de la salud, asegurando un registro completo y veraz. Asimismo, colaboraré en la aplicación del APGAR familiar, con el fin de valorar la funcionalidad de la familia en aspectos como adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y recursos, contribuyendo a identificar posibles disfunciones familiares.	
10	**GESTIONAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, PROMOCIÓN DE LA SALUD, EDUCACIÓN, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y CUIDADO PALIATIVO. DE ACUERDO CON LA NECESIDAD IDENTIFICADAS REALIZADO LA CANALIZACIÓN A LA DIFERENCIA MODALIDAD EXTRA-MURAL, INTRAMURAL EN PRESTADOR PRIMARIO O COMPLEMENTARIO Y TELEMEDICINA A TRAVÉS DE DILIGENCIAMIENTO DE ANEXO 5.1 Y GESTIÓN AFECTIVA DE LA NECESIDAD DE LA PERSONA FAMILIA Y COMUNIDAD**	Gestionaré la prestación de los servicios de salud según las necesidades identificadas en la persona, familia y comunidad, articulando acciones de promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo, de acuerdo con el nivel de complejidad requerido. Realizaré la canalización oportuna a las diferentes modalidades de atención, ya sea extramural, intramural en el prestador primario o complementario, o mediante telemedicina, garantizando la continuidad del cuidado y el acceso efectivo a los servicios de salud. Para ello, diligenciaré de manera adecuada el anexo 5.1 y los formatos establecidos, asegurando que la información registrada sea completa, veraz y coherente con la necesidad identificada. Así mismo, realizaré seguimiento a la gestión realizada para verificar la efectiva atención del usuario.	

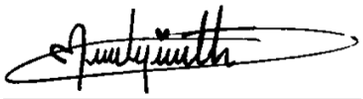
11	**REALIZAR SEGUIMIENTO EFECTIVO A LOS HALLAZGOS E INTERVENCIONES CON LA FAMILIA PERSONAS COMUNIDADES ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE CUIDADOS, TENIENDO EN CUENTA QUE EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE CUIDADO CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD CUMPLE UN ROL INTEGRANDO LAS ACCIONES PARA LA EVIDENCIA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES**	Como auxiliar de enfermería, asumo esta obligación con compromiso, responsabilidad y trabajo articulado dentro del Equipo Básico de Salud: Realizaré seguimiento efectivo a los hallazgos e intervenciones identificadas en la persona, familia y comunidad, de acuerdo con lo establecido en el plan de cuidados. Este seguimiento permitirá verificar la evolución de las condiciones de salud, la adherencia a las recomendaciones y la efectividad de las acciones realizadas. Participaré activamente en la integración de las acciones del equipo interdisciplinario, reconociendo que cada integrante cumple un rol específico que contribuye al cumplimiento del plan de cuidado. De esta manera, se fortalece la continuidad de la atención y la intervención oportuna según las necesidades identificadas. Registraré de forma clara, completa y veraz los avances y resultados del seguimiento, asegurando la trazabilidad de las intervenciones realizadas. Así mismo, informaré oportunamente cualquier hallazgo relevante que requiera ajuste o intervención adicional por parte del equipo de salud. Desarrollaré estas actividades con enfoque humanizado, proactivo y coordinado, contribuyendo a la efectividad de las intervenciones y al mejoramiento de las condiciones de salud de la población atendida.	 
12	**IDENTIFICAR PERSONAS NO AFILIADOS AL SISTEMA DE SALUD Y GESTIONAR EL TRÁMITE DE AFILIACIÓN, SOPORTADO EN LOS ANEXOS CORRESPONDIENTE**	Como auxiliar de enfermería, asumo esta obligación con compromiso social y enfoque en el acceso efectivo a los servicios de salud: Realizaré la identificación de personas no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud durante las actividades de caracterización, visitas domiciliarias y contacto comunitario, con el fin de reconocer barreras de acceso y condiciones de vulnerabilidad. Una vez identificados estos casos, brindaré orientación clara a la persona y su familia sobre la importancia de la afiliación al sistema de salud, explicando los	

		derechos en salud y los pasos necesarios para realizar el trámite correspondiente. Gestionaré el apoyo para el proceso de afiliación, diligenciando y soportando la información en los anexos establecidos por la institución, garantizando que los datos sean completos, veraces y oportunos para facilitar la gestión administrativa. Realizaré seguimiento al proceso de afiliación hasta su efectiva vinculación, contribuyendo a que la persona pueda acceder de manera oportuna a los servicios de promoción, prevención y atención en salud. Desempeñaré esta actividad con responsabilidad, ética y enfoque humanizado, promoviendo el derecho fundamental a la salud y el acceso equitativo al sistema.	

CONTRATISTA	
NOMBRE	LEONARD MIGUEL VILLAMIZAR PARADA
FIRMA	

LINK DEL DRIVE

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



LIDER DEL EQUIPO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1091674139
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEONARD MIGUEL VILLAMIZAR PARADA
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	OCAÑA	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4650331490**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/04/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1110264330

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 177.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 177.500	$ 0	$ 177.500
SUBTOTALES:										**$ 177.500**	**$ 0**	**$ 177.500**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 138.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 138.700	$ 0	$ 0	$ 138.700
SUBTOTALES:													**$ 138.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 138.700**

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	$ 27.100	$ 27.100	$ 0	$ 0	$ 27.100
SUBTOTALES:									**$ 27.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 27.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1091674139	VILLAMIZAR PARADA LEONARD MIGUEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	12																230301-PORVENIR	19	$ 1.108.907	$ 177.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 177.500	EPS005-SANITAS S.A	19	$ 1.108.907	$ 138.700	$ 0	$ 138.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	19	$ 1.108.907	109167413	$ 27.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 343.300

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1091674139
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEONARD MIGUEL VILLAMIZAR PARADA
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	OCAÑA	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4650331938**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/14		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996449360

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

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	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:									**$ 42.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 42.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES									
																										PENSIÓN								SALUD					ARP																	
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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1091674139	VILLAMIZAR PARADA LEONARD MIGUEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	109167413	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada