Ocaña, 21 de abril de 2026

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

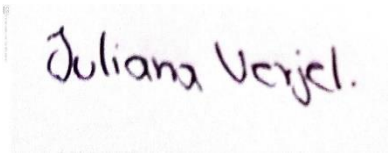
Juliana Mercedes Verjel Arenas, identificado (a) con la cédula de ciudadanía 1094578522 expedida **31/07/2012 en Abrego** me permito mediante el presente escrito, presentar los documentos que se anexan a la presente para que sean revisados por quien corresponda en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, 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 17 DE MARZO AL 16 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,



CC. 1094578522

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No._001
CONTRATO No 124-2026

DEBE A:JULIANA MERCEDES VERJEL ARENAS
CC. 1094578522

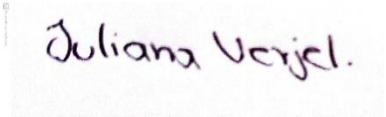
LA SUMA DE: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE. ($3.450.000)

PERIODO:
DEL 17 DE MARZO AL 16 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,



C.C. 1094578522
CELULAR: 3219877233
CUENTA DE AHORROS:BANCOLOMBIA 31882483102

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	JULIANA MERCEDES VERJEL ARENAS	**CÉDULA**	1094578522
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**PERIODO DEL INFORME**	17 DE MARZO 16 DE ABRIL DE 2026
No. CONTRATO	124-2026		
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		

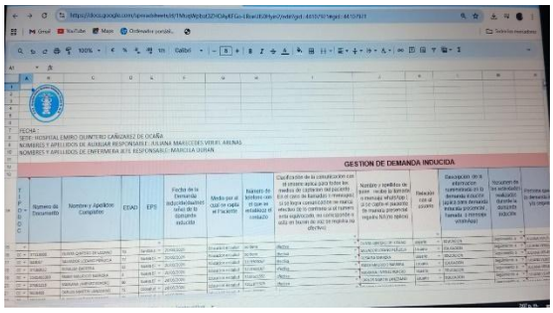
CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

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.	CUMPLIMIENTO PARCIAL-META DECARACTERIZACION 65 PERSONAS REGISTROS MENSUALES, PERO DEBIDO A QUE LA PLATAFORMA SI-APS NO ESTÁ HABILITADA, LA INFORMACIÓN SE CARGÓ EN EL DRIVE.

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 "BORRADOR" NO SEAN VALIDADOS, SIENDO ÚNICAMENTE VÁLIDOS AQUELLOS QUE HAYAN SIDO ENVIADOS CORRECTAMENTE.

SE REALIZÓ LA REVISIÓN DE LA CALIDAD DE LOS DATOS REGISTRADOS EN CADA FORMULARIO, VERIFICANDO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA FUERA COMPLETA, COHERENTE Y CORRECTA. ASIMISMO, SE GARANTIZÓ EL ENVÍO ADECUADO DE TODOS LOS FORMULARIOS A TRAVÉS DEL DRIVE DE EBS 2.



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).

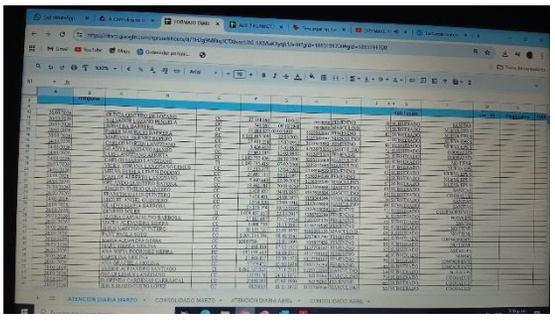
SE REALIZÓ LA CANALIZACIÓN DE LOS USUARIOS HACIA LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD PRIMARIA, DE ACUERDO CON LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, LA MORTALIDAD EVITABLE Y LA DISCAPACIDAD PREVENIBLE. ASIMISMO, SE IMPLEMENTARON ESTRATEGIAS DE DEMANDA INDUCIDA DIRIGIDAS A LAS FAMILIAS, SOCIALIZANDO EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE SALUD Y DE OTROS SECTORES SEGÚN SUS NECESIDADES. ESTE PROCESO FUE DEBIDAMENTE SOPORTADO MEDIANTE ACTA, EVIDENCIANDO AL MENOS UN 70% DE EFECTIVIDAD EN LA CANALIZACIÓN REALIZADA.

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 CORRESPONDIENTES AL PERFIL PROFESIONAL, INCLUYENDO LA TOMA DE SIGNOS VITALES ORIENTADA AL CUIDADO Y SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS. ASIMISMO, SE DESARROLLARON ACCIONES DE BÚSQUEDA ACTIVA, SEGUIMIENTO Y CONTROL EN EL MARCO DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE METAS ESTABLECIDAS Y UN SEGUIMIENTO ADECUADO. TODAS LAS ACTIVIDADES SE REALIZARON CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018.

5. REALIZAR MÍNIMO 150 PLANES DE CUIDADO MENSUALES, LOS CUALES DEBEN COINCIDIR CON LAS PERSONAS, HOGARES Y COMUNIDADES CARACTERIZADAS Y LAS EDUCACIONES IMPARTIDAS 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.

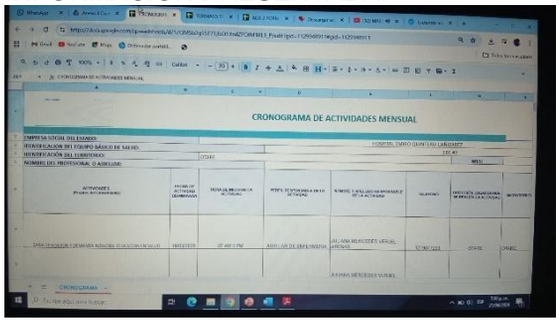
CUMPLIMIENTO PARCIAL – META PLANES DE CUIDADO 66 PERSONAS, GARANTIZANDO SU CORRESPONDENCIA CON LAS PERSONAS, HOGARES Y COMUNIDADES PREVIAMENTE CARACTERIZADAS, ASÍ COMO CON LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS IMPARTIDAS. ESTOS FUERON DEBIDAMENTE SOPORTADOS EN LOS INSTRUMENTOS ESTABLECIDOS Y REGISTRADOS MEDIANTE EL DRIVE, EN CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. DURANTE EL PROCESO, SE ASEGURÓ LA VERACIDAD Y CALIDAD DE LOS DATOS RECOLECTADOS.



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 REMITIÓ DE MANERA OPORTUNA LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA POR EL COORDINADOR PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, INCLUYENDO INFORMES EN MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO SOBRE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, ASÍ COMO EL CRONOGRAMA Y DEMÁS SOPORTES REQUERIDOS POR EL SUPERVISOR. TODO LO ANTERIOR SE ENTREGÓ CONFORME A LAS FACULTADES Y LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS, GARANTIZANDO LA ORGANIZACIÓN, CLARIDAD Y OPORTUNIDAD DE LA INFORMACIÓN PRESENTADA.

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1u1CvUPCj7XG7uWxi_ros4kj_jBqUPUA0/edit?usp=sharing&ouid=116690991061341718860&rtpof=true&sd=true



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 IDENTIFICARON LAS PRIORIDADES DE RESPUESTA A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO, TENIENDO EN CUENTA VARIABLES COMO EDAD, SEXO-GÉNERO, ETNIA Y DEMÁS CARACTERÍSTICAS PERTINENTES, EN LOS MICROTERRITORIOS ASIGNADOS. ESTE PROCESO FUE DEBIDAMENTE SOPORTADO MEDIANTE ACTAS DE CARTOGRAFÍA SOCIAL, DETERMINANTES Y ANÁLISIS DE BARRERAS, PERMITIENDO UNA ADECUADA PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES EN SALUD.

8. BRINDAR COMO MÍNIMO 20 EDUCACIONES GRUPALES Y 20 EDUCACIONES INDIVIDUALES AL 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.

SE BRINDARON 10 EDUCACIONES GRUPALES Y 10 EDUCACIONES INDIVIDUALES MENSUALES, ORIENTADAS A LA PROMOCIÓN DE LA 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 LOS DEMÁS Y DEL ENTORNO, DE ACUERDO CON EL CICLO DE VIDA. ESTAS ACCIONES FUERON DEBIDAMENTE SOPORTADAS CON MATERIAL EDUCATIVO IMPRESO, LISTAS DE ASISTENCIA Y REGISTROS FOTOGRÁFICOS.SIN APORTES EN SI-APS POR EL NO ACCESO AL APLICATIVO

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 APOYÓ EN LA REALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS DURANTE EL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN, INCLUYENDO LA ELABORACIÓN DE FAMILIOGRAMAS, 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.

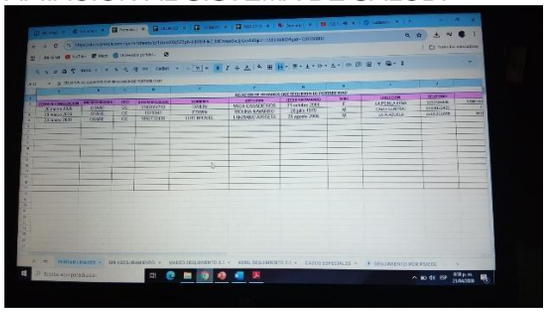
SE GESTIONÓ LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, INCLUYENDO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, EDUCACIÓN, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS EN LA POBLACIÓN., FAMILIAS Y COMUNIDADES.

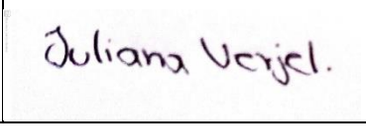
11. REALIZAR SEGUIMIENTO EFECTIVO A LOS HALLAZGOS E INTERVENCIONES CON LA FAMILIA, PERSONAS, COMUNIDADES ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE CUIDADO, TENIENDO EN CUENTA QUE EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE CUIDADO CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE LOS QUIPOS BÁSICOS DE SALUD CUMPLE UN ROL INTEGRANDO LAS ACCIONES PARA LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES.

SE REALIZÓ EL SEGUIMIENTO EFECTIVO A LOS HALLAZGOS E INTERVENCIONES DEFINIDAS EN EL PLAN DE CUIDADO, DIRIGIDAS A PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDADES. ESTE PROCESO SE DESARROLLÓ TENIENDO EN CUENTA EL TRABAJO ARTICULADO DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO QUIENES, DESDE SUS ROLES, INTEGRARON ACCIONES ORIENTADAS A GARANTIZAR LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS.

12. IDENTIFICAR PERSONAS NO AFILIADAS AL SISTEMA DE SALUD Y GESTIONAR EL TRÁMITE DE AFILIACIÓN SOPORTANDO EN LOS AMEXOS CORRESPONDIENTES.

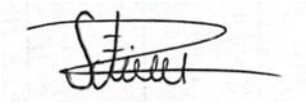
SE IDENTIFICARON TRES PERSONAS SIN AFIIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD.



CONTRATIASTA	
NOMBRE	JULIANA MERCEDES VERJEL ARENAS
FIRMA	

_____

LÍDER EQUIPO



_____.

CONTRATISTA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1094578522

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	JULIANA MERCEDES VERJEL ARENAS		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	1094578522
Ciudad/Municipio	CUCUTA	Departamento	NORTE DE SANTANDER
Dirección	CUCUTA - N.S	Teléfono	5642870
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por mayor de
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**4650942211**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	marzo / 2026	Periodo Cotización Salud	marzo / 2026
Dias de Mora	12	Fecha Pago	2026/04/21
Número Autorización	9996520823		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JULIANA MERCEDES	Apellidos	VERJEL ARENAS
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1094578522
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	NORTE DE SANTANDER	Municipio	CUCUTA
Salario Básico	$ 1.750.905	Tipo de Salario	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
17																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	14	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 817.089
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 130.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 130.800**

SALUD			
Dias	14	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 817.089
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 102.200
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 102.200**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	14	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	III	IBC	$ 817.089
Centro de Trabajo	109457852	Tarifa	2,436 %
		Total Aporte	**$ 20.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 253.000**

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que JULIANA MERCEDES con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1094578522, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) JULIANA MERCEDES VERJEL ARENAS con documento CC 1094578522, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	4650942481	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2026	Periodo Cotización Salud	ABRIL/2026
Fecha Pago	2026/04/21	Número de Autorización	9996520862

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS037 - NUEVA E.P.S
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	Tarifa	2,436 %
Clase de Riesgo	3		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada

Escaneado con CamScanner