Ocaña, 13 de abril de 2026

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

HÉCTOR MANUEL SANABRIA RAMÍREZ, identificado (a) con la cédula de ciudadanía 91498293 expedida BUCARAMANGA, 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	$12.600.00 COP
VALOR CUENTA A PRESENTAR	SEIS MILLONES TRECIENTOS MIL PESOS
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	DEL 13 De MARZO AL 12 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,

Hector Sanabria

HÉCTOR MANUEL SANABRIA RAMÍREZ
CC. 91498293 BUCARAMANGA

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No. 01
CONTRATO No 197-2026

DEBE A:
HÉCTOR MANUEL SANABRIA RAMÍREZ
CC 91498293

LA SUMA DE:

SEIS MILLONES TRECIENTOS MIL PESOS
(6.300.000)

PERIODO:
DEL 13 DE MARZO AL 12 DE ABRIL 2026

POR CONCEPTO DE: PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL COMPLEMENTARIO, QUE ESTABLECE EL SISTEMA INDIGENA DE SALUD PROPIA E INTERCULTURAS(SISPI), PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 212 DEL 2025 DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD, EN AREAS DE INFLUENCIA DEFINIDOS PARA LA EJECUCION DE LA RESOLUCION Y LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION 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,

Hector Sanabria

HÉCTOR MANUEL SANABRIA RAMÍREZ
C.C. 91498293
CELULAR: 3166672738
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA N° CUENTA 814-489908-51

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	**HÉCTOR MANUEL SANABRIA RAMÍREZ**	**CÉDULA**	**91498293**
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTÍFICA	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – PROGRAMA EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD – MUNICIPIO DE TEORAMA
PERFIL	**ODONTÓLOGO**	**PERIODO DEL INFORME**	DEL 13 DE MARZO AL 12 DE ABLRIL DE 2026
No. CONTRATO	197-2029		
OBJETO	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL COMPLEMENTARIO, QUE ESTABLECE EL SISTEMA INDIGENA DE SALUD PROPIA E INTERCULTURAS(SISPI), PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 212 DEL 2025 DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD, EN AREAS DE INFLUENCIA DEFINIDOS PARA LA EJECUCION DE LA RESOLUCION Y LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL PARA LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES.**		
VIGENCIA	2 MESES		

CONTROL DE ACTIVIDADES

CONTROL DE ACTIVIDADES			
	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	**ACTIVIDAD EJECUTADA**	**EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD**
1	Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención e la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. De acuerdo a las necesidades identificadas, realizando canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural,en prestador primario o complementario y telemedicina)	Mediante la realización de tamizaje, e interacción con la comunidad se identificaron las actividades de Py M y morbilidad, se gestiona con las entidades de salud para realizar la prestación de los servicios según la necesidad específica de cada usuario.	
2	**Inducir a la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud para la captación de cada uno de los ciclos de vida de la población según resolución 3280 del 2018, captación y notificación de los eventos de interés en salud pública.**	Elaboración, verificación y notificación de listados de usuarios atendidos según ciclo de vida.	
3	Identificar las potencialidades y riesgos en los entornos, para así priorizar las intervenciones individuales, familiares, sociosanitarias y ambientales.	Por medio de la identificación de los factores psico socioambientales, nutricionales y sus posibles alteraciones se determinan las alteraciones a los que son susceptibles cada miembro de la comunidad.	
4	Elaborar planes de higiene oral según ciclo de vida.	Según la necesidad de cada paciente se elaboran planes de cuidado y acciones de prevención y mantenimiento de la salud oral según ciclo de vida. incentiva las buenas Prácticas de higiene oral en la población y se explica la importancia de la buena higiene oral, así como que alimentos pueden produje caries dental y como prevenirla.	

CONTROL DE ACTIVIDADES			
N	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACTIVIDAD EJECUTADA**	**EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD**
5	Promover en mejorar la salud bucodental.	Se realiza charla teórica prácticas en la comunidad con la finalidad de incentivar las buenas técnicas de salud oral así como también la importancia de la alimentación para prevenir aparición de casos de caries.	
6	**Realizar como mínimo 70 consultas odontológicas mensuales lo cual deben coincidir en registros en kubApp y realizar planes de cuidado 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.**	Se realiza valoración odontológica tanto a mayores de edad como a menores de cada núcleo familiar, se diligencia KubAAP y planes de cuidado según necesidad del paciente.	
7	Detectar y eliminar enfermedades bucodentales (caries).	Mediante la valoración odontológica, se detectan las alteraciones estomatológicas de la población, una vez determinado se da resolución a la patología, en el caso de carias se realizan obturaciones,	
8	Brindar 10 educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, e identificación de riesgos y alarma, promover practicas de auto cuidado, higiene y cuidado de los dientes según ciclo de vida. (soportado con material impreso, o físico informativo, lista de asistencia y más de 3 fotos por acta).	Se realizan charlas y capacitaciones según ciclo de vida para genera conciencia acerca de llevar una alimentación sana baja en carbohidratos, la importancia del cepillado y su periodicidad como barrera para evitar la aparición de caries y enfermedad periodontal entre otras,	  

9	**Verificar el estado de aseguramiento en salud de los individuos y gestionar de requerirse la afiliación a la EPS.**	Se realiza en acompañamiento con el equipo interdisciplinario del EBS.	
10	**Canalizar la oferta de servicios brindada por otros sectores conforme a las necesidades y prioridades identificadas.**	Se realiza en acompañamiento con el equipo interdisciplinario del EBS.	
11	**Realizar seguimiento efectivo a los logros y acuerdos con la familia, personas establecidas en el plan de cuidado, teniendo en cuenta que en el seguimiento del plan de cuidado a cada uno de los integrantes de los equipos básicos de salud cumple un rol integrando las acciones para la efectividad de las intervenciones.**	Se realiza la elaboración individualizada de los planes y cuidados de cada usuario valorado en la consulta odontológica	
12	**Activar el mecanismo de referencia y contra referencia hacia los servicios o intervenciones para garantizar la continuidad e integralidad de la atención.**	No se presentan a la fecha usuarios para ser canalizados para referencia y contra referencia	No se presentan a la fecha usuarios para ser canalizados para referencia y contra referencia
13	**Apoyo en la caracterización socio ambiental, individual y familiar con la aplicación de test o escalas según la norma entre otras características pertinentes y por micro territorios asignados que deben ser soportados en las actas de cartografía, determinantes y barreras.**	Se realiza en acompañamiento con el equipo interdisciplinario del EBS.	

14	**Remitir de manera oportuna la documentación solicitada por el coordinador, 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**	Realización y entrega de soportes y actividades según las fechas establecidas por la coordinación para su respectiva revisión y aprobación.	

ONTRATISTA	
NOMBRE	**HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ**
FIRMA	Hector Sanabria

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 91498293

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	91498293
Ciudad/Municipio	OCAÑA	Departamento	NORTE DE SANTANDER
Dirección	CRA 6 # 14-57	Teléfono	6114144
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Otras actividades de servicios
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	**4646146141**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	marzo / 2026	Periodo Cotización Salud	marzo / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/03/31
Número Autorización	9996272097		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	HECTOR MANUEL	Apellidos	SANABRIA RAMIREZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	91498293
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	OCAÑA
Salario Básico	$ 2.400.000	Tipo de Salario	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
06																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Dias	25	IBC	$ 2.000.000
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 320.000
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 320.000**

SALUD		Administradora	NUEVA EPS CM
Dias	25	IBC	$ 2.000.000
Tarifa	12,500 %	Cotización Obligatoria	$ 250.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 250.000**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Dias	25	IBC	$ 2.000.000
Clase de Riesgo	III	Tarifa	2,436 %
Centro de Trabajo	91498293	**Total Aporte**	**$ 48.800**

TOTAL PAGADO:	**$ 618.800**