Ocaña, 23 de mayo de 2026

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

Katherin Paola García Zambrano, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **1091663578,** expedida **Ocaña Norte de Santander**, 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	**$6.300.000 PESOS MCT**
VALOR CUENTA A PRESENTAR	**$3.150.000 PESOS MCT**
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	**DEL 22 DE ABRIL AL 21 DE MAYO 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,

Katherin P García Z

_____

NOMBRE DEL CONTRATISTA
KATHERIN PAOLA GARCÍA ZAMBRANO
CC. 1091663578

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No. 1
CONTRATO No 355-2026

DEBE A:
KATHERIN PAOLA GARCÍA ZAMBRANO
CC. 1091663578

LA SUMA DE:
TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS.
$ 3.150.000

PERIODO:
DEL 22 DE ABRIL AL 21 DE MAYO DE 2026

POR CONCEPTO DE: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN DEL 2025 DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD, EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA O AREAS DE INFLUENCIA DEFINIDOS PARA LA EJECUCION DE LA RESOLUCION Y 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,

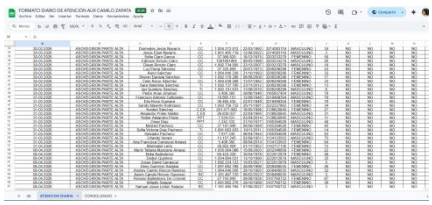
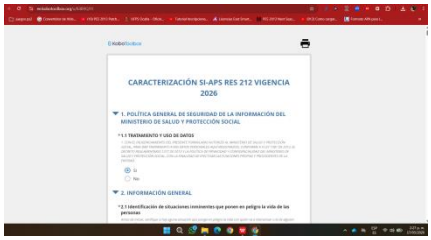
Katherin P García Z

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
KATHERIN PAOLA GARCÍA ZAMBRANO
C.C.1091663578
CELULAR: 3202022205
CUENTA DE BANCOLOMBIA AHORROS N° 31892229018

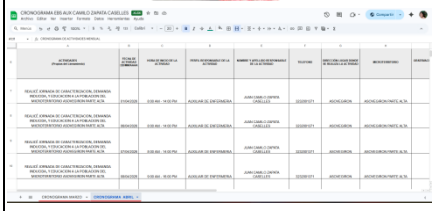
INFORME DE ACTIVIDADES

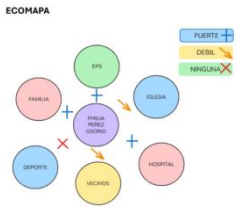
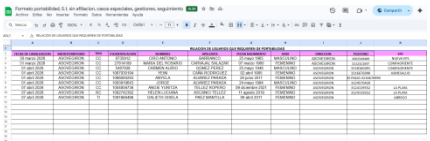
INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	**KATHERIN PAOLA GARCÍA ZAMBRANO**	**CÉDULA**	**1091663578**
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – PROGRAMA EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD – MUNICIPIO DE OCAÑA
PERFIL	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	**PERIODO DEL INFORME**	DEL 22 DE ABRIL AL 21 MAYO DE 2026
No. CONTRATO	355-2026		
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN DEL 2025 DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD, EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA O AREAS DE INFLUENCIA DEFINIDOS PARA LA EJECUCION DE LA RESOLUCION Y LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES .		
VIGENCIA	2 MESES		

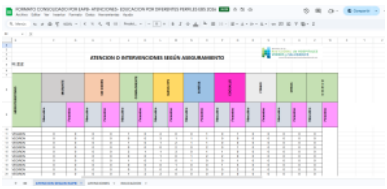
CONTROL DE ACTIVIDADES			
N	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACTIVIDAD EJECUTADA**	**EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD**
1	**Realizar y apoyar el proceso de caracterización de la población con una meta mínima de 250 mensuales mediante la aplicación de los formularios de caracterización APS,**	Realicé visitas domiciliarias a cada usuario residente en los micro territorios asignados, caracterizando e informando a cada uno de ellos, sobre los servicios en salud disponibles por los equipos básicos, las atenciones inmediatas con la	

	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.	profesional de psicología médico general y odontología, logrando facilitar el acceso al servicio de salud.	
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 revisó la calidad de datos registrados en cada formulario en la aplicación kobotoolbox, se aseguró formularios en estado borrador fueran válidos.	
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).**	Indagué con cada usuario intervenido, sobre los diferentes servicios en salud pendiente por realizar, las barreras encontradas, estado de salud actual, direccionando a cada uno de ellos en la demanda inducida, se hizo atenciones con una efectividad mayor al 70%.	 

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 búsqueda 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.**	Realicé toma de signos vitales, en cada familia que caracterice, y control según mi perfil, como educaciones en hábitos alimenticios y físicos.	 
5	**Realizar mínimo 250 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.**	Se realizó un plan de cuidado para la población enseñándoles medidas y técnicas para llevar un mejor bienestar, y una vida saludable.	 

6	**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.**	Realicé informes de cada actividad ejecutada en el cronograma, claro está con supervisión de la jefe de mi grupo.	 
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.**	Haciendo uso adecuado de la tecnología, verifiqué en plataforma Adres el estado de afiliación de usuaria, realizando en cada micro-territorio visitado.	

8	**Brindar como mínimo 30 educaciones grupales y 30 educaciones individuales al mes para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de practicas de cuidado de sí mismo de los demás y de su entorno según ciclo de vida (soportada con material impreso o físico informativo, lista de asistencia y más de 3 fotos por acta).**	Se utilizó información para realizar charla a la comunidad del territorio de Bruselas, brindando educaciones sobre temas que con el tiempo afecta la salud física, y mental. Según ciclo de vida utilizando material impreso informativo.	 
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 realizó apoyo de la profesional en Psicóloga caracterizando familias, aplicando los diferentes instrumento, para verificar la efectividad del proceso.	
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 para realizar respectiva portabilidad a la comunidad del territorio Bruselas.	

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 equipos básicos de salud cumple un rol integrando las acciones para la efectividad de las intervenciones.**	Durante el mes se hizo hallazgos en la población encontrando lugares vulnerables, y alojamientos por la violencia que vive el territorio del Catatumbo.	
12	**Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación soportando en los anexos correspondientes.**	Se gestionó durante la caracterización de los hogares, realizando intervención en la plataforma ADRES para identificar personas afiliadas a la salud.	 

CONTRATISTA	
NOMBRE	**KATHERIN PAOLA GARCÍA ZAMBRANO**
FIRMA	Katherin P García Z

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1091663578
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KATHERIN PAOLA GARCIA ZAMBRANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	OCAÑA	TELÉFONO:	3204472
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**1751199723**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO

FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2026/06/04	14	$ 1.800	$ 164.400
2026/06/05	15	$ 2.000	$ 164.600
2026/06/09	19	$ 2.400	$ 165.000
2026/06/10	20	$ 2.500	$ 165.100
2026/06/11	21	$ 2.500	$ 165.100
2026/06/12	22	$ 2.800	$ 165.400

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 84.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 84.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9002267153	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	$ 65.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 65.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 12.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 12.800**

TOTAL POR PAGAR: $ 164.400

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1091663578
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KATHERIN PAOLA GARCIA ZAMBRANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	OCAÑA	TELÉFONO:	3204472
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	1750958000	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO

FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2026/06/19	0	$ 0	$ 541.800
2026/06/22	3	$ 1.300	$ 543.100
2026/06/23	4	$ 1.800	$ 543.600
2026/06/24	5	$ 2.100	$ 543.900
2026/06/25	6	$ 2.500	$ 544.300
2026/06/26	7	$ 2.900	$ 544.700

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9002267153	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 42.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.700**

TOTAL POR PAGAR:	**$ 541.800**

Certificación
Bancaria

Domingo, 09 de noviembre de 2025

Comfamiliar Putumayo

Bancolombia S.A. se permite informar que KATHERIN PAOLA GARCIA ZAMBRANO identificado(a) con CC 1091663578, 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	31892229018	2018-04-16	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.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co