

Ocaña, 19 de mayo 2026

Señores:

ESE HOSPITAL MIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

EMERSON NAVARRO QUINTERO, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **1.091.162.663** expedida Teorama, 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 13 DE ABRIL AL 12 DE MAYO
SUPERVISOR DEL CONTRATO	HOLGER ALEXIS SANTOS MALDONADO

Se presentan como soporte de la cuenta correspondiente, los siguientes documentos:

SOPORTES	CONTRATISTA	
	APLIC A	CUMPL E
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,



EMERSON NAVARRO QUINTERO

CC. 1091162663

**ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1**

**CUENTA DE COBRO No. 2
CONTRATO No 189 -2026**

**DEBE A:
EMERSON NAVARRO QUINTERO
CC. 1091162663**

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

PERIODO:
DEL 13 DE ABRIL AL 12 DE MAYO DE 2026

POR CONCEPTO DE

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, QUE ESTABLECE EL SISTEMA INDÍGENA DE SALUD PROPIA E INTERCULTURAL (SISPI), PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 212 DEL 2025 DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD, EN ÁREAS DE INFLUENCIA DEFINIDOS PARA LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN 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,






EMERSON NAVARRO QUINTERO
CC.1091162663
CELULAR: 3228360351
CUENTA BANCOLOMBIA AHORROS A LA MANO 3186965557


INFORME DE ACTIVIDADES



INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	EMERSON NAVARRO QUINTERO	CÉDULA	1091162663
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	SERVICIO/ÁREA	H.E.Q.C. – PROGRAMA EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD – MUNICIPIO DE TEORAMA
PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PERIODO DEL INFORME	DEL 13 ABRIL AL 12 DE MAYO DE 2026
No. CONTRATO	189-2026		
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, QUE ESTABLECE EL SISTEMA INDÍGENA DE SALUD PROPIA E INTERCULTURAL (SISPI), PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 212 DEL 2025 DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD, EN ÁREAS DE INFLUENCIA DEFINIDOS PARA LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN 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 35 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 y apoyó el proceso de caracterización de la población, cumpliendo con la meta establecida de 68 registros mensuales. Esta actividad se llevó a cabo mediante la aplicación de los formularios de caracterización APS, utilizando herramientas tecnológicas como Survey123 y/o SI-APS, en concordancia con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Durante el proceso, se garantizó la recolección de información veraz, completa y oportuna, contribuyendo a la identificación de las condiciones de salud, necesidades y determinantes sociales de la población intervenida, lo cual permite fortalecer la planificación de acciones en salud y la toma de decisiones informadas en el territorio.	



<p>2</p>	<p>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.</p>	<p>Se realizó la revisión de la calidad de los datos registrados en cada uno de los formularios de caracterización, verificando la consistencia, completitud y veracidad de la información recolectada. Asimismo, se garantizó que los formularios fueran enviados correctamente a través de la aplicación correspondiente, conforme a los lineamientos establecidos. Durante este proceso, se efectuó el seguimiento al estado de los formularios, asegurando que aquellos en condición de "Borrador" no fueran validados, y que únicamente se consideraran como válidos los formularios debidamente diligenciados y enviados, contribuyendo así a la confiabilidad de la información reportada y al adecuado manejo de las bases de datos institucionales.</p>	
<p>3</p>	<p>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).</p>	<p>Se realizó la canalización de los usuarios hacia la institución prestadora de servicios de salud primaria, de acuerdo con los riesgos identificados durante el proceso de caracterización, priorizando aquellos asociados a mortalidad evitable y discapacidad prevenible. Asimismo, se promovió la demanda inducida en las familias, brindando orientación sobre el portafolio de servicios de salud y la oferta intersectorial disponible, en concordancia con sus necesidades específicas. Esta actividad se desarrolló garantizando el acceso oportuno a los servicios y fortaleciendo las acciones de promoción y prevención, dejando como soporte un acta que evidencia al menos el 70% de efectividad en la canalización realizada.</p>	


4	<p>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.</p>	<p>Se dio cumplimiento a las actividades asistenciales propias del perfil profesional, incluyendo la toma de signos vitales para el cuidado y seguimiento del estado de salud de los usuarios, así como la ejecución de acciones de búsqueda activa, seguimiento y control en el marco de los programas de promoción y mantenimiento de la salud. Estas actividades se desarrollaron garantizando el cumplimiento de metas establecidas, el adecuado seguimiento de los usuarios y en concordancia con los lineamientos definidos en la Resolución 3280 de 2018, fortaleciendo la atención integral en salud.</p>	
---	---	---	---


<p>5</p>	<p>REALIZAR MÍNIMO 35 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.</p>	<p>Se elaboraron 68 planes de cuidado mensuales, en articulación con las personas, familias y comunidades previamente caracterizadas, asegurando coherencia con las educaciones impartidas y las necesidades identificadas. Estos planes fueron registrados mediante la aplicación SI-APS u otra herramienta tecnológica dispuesta, conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando la veracidad, calidad y oportunidad de la información recolectada. Esta actividad constituye un insumo fundamental para el seguimiento, evaluación y aprobación de las acciones desarrolladas.</p>	
----------	---	--	--

6	<p>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 SU SUPERVISOR, CONFORME A SUS FACULTADES.</p>	<p>Se realizó la entrega oportuna de la documentación requerida por el coordinador para la evaluación del cumplimiento contractual, incluyendo informes en medio físico y magnético de las actividades ejecutadas, cronogramas y demás soportes solicitados por el supervisor. Esta actividad se desarrolló conforme a los lineamientos establecidos, garantizando la organización, trazabilidad y verificación de las acciones realizadas durante el periodo reportado</p>	
7	<p>IDENTIFICAR LAS PRIORIDADES DE RESPUESTA INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA POR EDAD, SEXO-GÉNERO, ETNIA, ENTRE OTRAS CARACTERÍSTICAS PERTINENTES Y POR MICRO TERRITORIOS ASIGNADOS QUE DEBEN SER SOPORTADOS EN LAS ACTAS DE CARTOGRAFÍA, DETERMINANTES Y BARRERAS.</p>	<p>Se identificaron las prioridades de respuesta a nivel individual, familiar y comunitario, teniendo en cuenta variables como edad, sexo-género, pertenencia étnica y demás características relevantes, dentro de los micro territorios asignados. Este proceso fue soportado mediante actas de cartografía social, identificación de determinantes y análisis de barreras de acceso, permitiendo orientar de manera pertinente las acciones en salud y la toma de decisiones en el territorio.</p>	

<p>8</p>	<p>BRINDAR COMO MÍNIMO 10 EDUCACIONES GRUPALES Y 10 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 PRÁCTICAS 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).</p>	<p>Se brindaron mínimo 10 educaciones grupales y 10 educaciones individuales mensuales, orientadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y fortalecimiento de prácticas de autocuidado, cuidado del otro y del entorno, de acuerdo con el ciclo de vida. Estas actividades fueron soportadas con material educativo impreso o físico, listas de asistencia y registro fotográfico (mínimo tres evidencias por acta), garantizando la trazabilidad y cumplimiento de los lineamientos establecidos</p>	
<p>9</p>	<p>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.</p>	<p>Se brindó apoyo en la aplicación de instrumentos durante el proceso de caracterización, incluyendo familiograma, APGAR familiar, escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y ecomapa, permitiendo la identificación integral de las dinámicas familiares, redes de apoyo y condiciones psicosociales de la población. Estos instrumentos contribuyen al análisis de la situación de salud y a la formulación de intervenciones acordes a las necesidades identificadas.</p>	

<p>10</p>	<p>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.</p>	<p>Se gestionó la prestación de servicios de salud de manera integral, abarcando acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, de acuerdo con las necesidades identificadas en la población. Se realizó la canalización a las diferentes modalidades de atención (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina), mediante el diligenciamiento del anexo 5.1, garantizando una gestión efectiva y oportuna de las necesidades de las personas, familias y comunidades.</p>	
<p>11</p>	<p>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.</p>	<p>Se efectuó seguimiento a los hallazgos e intervenciones establecidas en los planes de cuidado, garantizando la continuidad de la atención a nivel individual, familiar y comunitario. Este proceso se desarrolló de manera articulada con el equipo básico de salud, donde cada integrante cumplió su rol en la implementación de acciones, contribuyendo a la efectividad de las intervenciones y al mejoramiento de las condiciones de salud de la población atendida.</p>	

12	<p>IDENTIFICAR PERSONAS NO AFILIADAS AL SISTEMA DE SALUD Y GESTIONAR EL TRÁMITE DE AFILIACIÓN SOPORTANDO EN LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES</p>	<p>Se identificaron personas no afiliadas al sistema de salud y se gestionó el proceso de afiliación correspondiente, brindando orientación y acompañamiento en el diligenciamiento de los anexos requeridos. Esta actividad permitió facilitar el acceso a los servicios de salud, garantizando el ejercicio del derecho a la atención y fortaleciendo la cobertura del sistema en la población intervenida.</p>	
----	--	---	---

CONTRATISTA	
NOMBRE	EMERSON NAVARRO QUINTERO
FIRMA	

SOPORTE DE PAGO DE PLANILLAS

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	CÉDULA DE CIUDADANÍA: TEC/NAMA: BARRIO NUEVA ESPERANZA: 02-INDEPENDIENTE: PRIVADA: UNICO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: EMERSON NAVARRO QUINTERO NORTE DE SANTIAGO: 562283: INDEPENDIENTE: Otras actividades de servicios personales n.c.p. ND	1591162963	NÚMERO PLANILLA: 4649979746	TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES abr/1 AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALDO: MES abr/1 AÑO 2026	INDEPENDIENTES 2026
				FECHA PAGO (aaaa/mm/aaaa): 2026/04/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 999418717		

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				MORA		TOTALES		
					EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301		PORVENIR	1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 280.200
SUB-TOTALES:											\$ 280.200	\$ 0	\$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD														
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
							NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	VALOR ADRES	APORTES
EPS841		NUEVA EPS CM	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900
SUB-TOTALES:											\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES														
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº COTIZANTES	INCAPACIDAD RPP	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
								NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	VALOR ADRES	APORTES
14-23		POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 0	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700
SUB-TOTALES:											\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																							
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										PENSIÓN								SEGURIDAD SOCIAL								PARAFISCALES			
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASE	TIPO DE SALARIO	COTIZACIÓN	INFORMACIÓN PREVISIONAL	NO	REB	RENT	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO									
ADMIN	IBCF	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TAFÍA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	IBCF	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	IBCF	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBCF	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE									
01	7981162963	EMERSON NAVARRO QUINTERO	INDEPENDIENTE	02	\$ 1.750.905		230301	36	NO																														

TOTAL PAGADO: \$ 541.800



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1091162663



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				
Nombre ó Razón Social	EMERSON NAVARRO QUINTERO			
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	1091162663	
Ciudad/Municipio	TEORAMA	Departamento	NORTE DE SANTANDER	
Dirección	BARRIO NUEVA ESPERANZA	Teléfono	5622283	
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	4654189842	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	mayo / 2026	Periodo Cotización Salud	mayo / 2026
Días de Mora	0	Fecha Pago	2026/05/19
Número Autorización	9996834408		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	EMERSON	Apellidos	NAVARRO QUINTERO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1091162663
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) :			
Departamento	NORTE DE SANTANDER	Municipio	TEORAMA
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
	12															

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN			
Días	12	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	\$ 700.362
FSP - Solidaridad	\$ 0	Cotización Obligatoria	\$ 112.100
Aportes Voluntarios Empleador	\$ 0	FSP - Subsistencia	\$ 0
Indicador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	\$ 0
Total Aporte			\$ 112.100

SALUD			
Días	12	Administradora	NUEVA EPS CM
Tarifa	12,500 %	IBC	\$ 700.362
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	\$ 87.600
Nro Licencia de Maternidad		Valor	\$ 0
Valor ADRES	\$ 0	Valor	\$ 0
Total Aporte			\$ 87.600

RIESGOS PROFESIONALES			
Días	12	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	III	IBC	\$ 700.362
Centro de Trabajo	109116266	Tarifa	2,436 %
Total Aporte			\$ 17.100

TOTAL PAGADO:	\$ 216.800
----------------------	-------------------

CERTIFICADO BANCARIO

Certificación Bancaria

Martes, 19 de mayo de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que EMERSON NAVARRO QUINTERO identificado(a) con CC 1091162663, 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	31869655557	2024-07-11	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.

VERIFICADO
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

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 correospechoso@bancolombia.com.co