Ocaña, 22 de mayo 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 ABRIL AL 12 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,

Hector Sanabria

HÉCTOR MANUEL SANABRIA RAMÍREZ

CC. 91498293 BUCARAMANGA

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No. 02

CONTRATO No 197-2026

DEBE A:

HÉCTOR MANUEL SANABRIA RAMÍREZ

CC 91498293

LA SUMA DE:

SEIS MILLONES TRECIENTOS MIL PESOS

(6.300.000)

PERIODO:

ABRIL 13 AL 12 DE MAYO DE 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

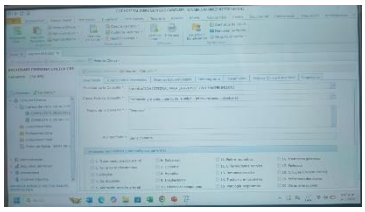
CELULAR: 3166672738

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA N° CUENTA 814-489908-51

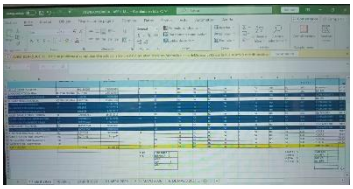
INFORME DE ACTIVIDADES

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**	13 DE ABRIL AL 12 DE MAYO 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			
	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 teórico practicas 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 SIAPS 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.	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.	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	La aplicación no se encuentra disponible
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.	

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91498293
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRA 6 # 14-57	TELÉFONO:	6114144
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:	**4648966101**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/05/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996797121

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 384.000
SUBTOTAL:			1	**$ 384.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 300.000
SUBTOTAL:			1	**$ 300.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 58.500
SUBTOTAL:			1	**$ 58.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 742.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 742.500**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91498293
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRA 6 # 14-57	TELÉFONO:	6144144
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4648966101	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2026
DIAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/05/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996797121

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	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000	$ 0	$ 384.000
SUBTOTALES:										**$ 384.000**	**$ 0**	**$ 384.000**

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
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300.000	$ 0	$ 0	$ 300.000
SUBTOTALES:													**$ 300.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 300.000**

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	$ 58.500	$ 58.500	$ 0	$ 0	$ 58.500
SUBTOTALES:									**$ 58.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 58.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP									CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	DIAS	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS COTIZADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 91498293	SANABRIA RAMIREZ HECTOR MANUEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 7.400.000			NO																	230301-PORVENIR	30 2.400.000	$ 384.000	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 384.000	NUEVA EPS CM	30 2.400.000	$ 300.000	$ 0	$ 300.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30 2.400.000	$ 91498293	$ 58.500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 742.500

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91498293
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRA 6 # 14-57	TELÉFONO:	6114144
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:	**4657075996**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		18			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/06/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997121581

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:
4648966101	2026/05/13

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 19.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 19.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 15.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 15.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 3.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 3.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 37.100**
VALOR MORA:	**$ 600**
TOTAL PAGADO:	**$ 37.700**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91498293
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCION:	CRA 6 # 14-57	TELEFONO:	6114144
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4657075996**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES abril AÑO 2026	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES abril AÑO 2026
DIAS DE MORA:	18		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/12	NÚMERO AUTORIZACION:	999712158
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4648966101	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2026/05/13

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	$ 19.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300	$ 0	$ 19.200	$ 300	$ 19.500
SUBTOTALES:										**$ 19.200**	**$ 300**	**$ 19.500**

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
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 15.000	$ 0	$ 200	$ 0	$ 15.000	$ 200	$ 0	$ 15.200
SUBTOTALES:													**$ 15.000**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 15.200**

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			$ 2.900	$ 2.900	$ 100	$ 0	$ 3.000
SUBTOTALES:									**$ 2.900**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 3.000**

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	PENSIONADO	RETENCIÓN TRIBUTARIA	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOF	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOF TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	DIAS COT	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTI	SENA TOTAL APORTI	ICBF TOTAL APORTI	ESAP TOTAL APORTI	MINED TOTAL APORTI
1	CC 91498293	SANABRIA RAMIREZ HECTOR MANUEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 2.400.000				NO								A									230301-PORVENIR	30	$ 2.400.000	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 384.000	NUEVA EPS CM	30	$ 2.400.000	$ 300.000	$ 0	$ 300.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.400.000	91498293	$ 58.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 91498293	SANABRIA RAMIREZ HECTOR MANUEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 2.520.000				NO								O									230301-PORVENIR	30	$ 2.520.000	$ 403.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 403.200	NUEVA EPS CM	30	$ 2.520.000	$ 315.000	$ 0	$ 315.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.520.000	91498293	$ 61.404	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 91498293	SANABRIA RAMIREZ HECTOR MANUEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 2.520.000				NO								R									230301-PORVENIR	6	$ 120.000	$ 19.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 19.200	NUEVA EPS CM	6	$ 120.000	$ 15.000	$ 0	$ 15.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	6	$ 120.000	91498293	$ 2.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 37.700

Planilla Pagada

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	**4653531741**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	mayo / 2026	Periodo Cotización Salud	mayo / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/05/13
Número Autorización	9996797159		

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
	13															

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Dias	13	IBC	$ 1.040.000
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 166.400
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 166.400**

SALUD		Administradora	NUEVA EPS CM
Dias	13	IBC	$ 1.040.000
Tarifa	12,500 %	Cotización Obligatoria	$ 130.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 130.000**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Dias	13	IBC	$ 1.040.000
Clase de Riesgo	III	Tarifa	2,436 %
Centro de Trabajo	91498293	**Total Aporte**	**$ 25.400**

TOTAL PAGADO:	**$ 321.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91498283
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCION:	CRA 8 # 14-57	TELEFONO:	5114144
TIPO APORTANTE:	024INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4653531741	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2026	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES	mayo	AÑO		2026
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9906797159

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	$ 166.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 166.400	$ 0	$ 166.400
SUBTOTALES:										**$ 166.400**	**$ 0**	**$ 166.400**

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
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 130.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 130.000	$ 0	$ 0	$ 130.000
SUBTOTALES:													**$ 130.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 130.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO 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	$ 25.400	$ 25.400	$ 0	$ 0	$ 25.400
SUBTOTALES:									**$ 25.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 25.400**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																													PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	TIPO IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	PEC	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	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	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 91498283	SANABRIA RAMIREZ HECTOR MANUEL	INDEPENDIENTE, CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 2.600.000			NO	10															230301 - PORVENIR	30	$ 1.040.000	$ 166.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 166.400	NUEVA EPS CM	30	$ 1.040.000	$ 130.000	$ 0	$ 130.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 91498283	$ 25.400			$ 0												

TOTAL PAGADO: $ 321.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91498293
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRA 6 # 14-57	TELÉFONO:	6114144
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:	**4657076267**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/06/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997121613

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4653531741	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2026/05/13

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 8.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 8.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 6.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 6.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 1.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 1.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 16.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 16.200**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91498293
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCION:	CRA 6 # 14-57	TELEFONO:	6114144
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4657076267	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2026
DIAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9997121513
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4653531741	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2026/05/13

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	$ 8.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.400	$ 0	$ 8.400
SUBTOTALES:										**$ 8.400**	**$ 0**	**$ 8.400**

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
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 6.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.500	$ 0	$ 0	$ 6.500
SUBTOTALES:													**$ 6.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO 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	$ 1.300	$ 1.300	$ 0	$ 0	$ 1.300
SUBTOTALES:									**$ 1.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN						APORTES VOLUNTARIOS				SALUD							ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTERIOR	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	FSP PARA FONDOS	APORTES VOLUNTARIOS EMP PAGO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES
1	CC 91498293	SANABRIA RAMIREZ HECTOR MANUEL	INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 2.400.000			NO	13						A									230301-PORVENIR	1	$ 1.040.000	$ 166.40	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 166.40	NUEVA EPS CM	1	$ 1.040.000	$ 130.00	$ 0	$ 130.00	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 1.040.000	91498293	$ 25.40	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 91498293	SANABRIA RAMIREZ HECTOR MANUEL	INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 2.520.000			NO	13						O									230301-PORVENIR	1	$ 1.092.000	$ 174.80	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 174.80	NUEVA EPS CM	1	$ 1.092.000	$ 136.50	$ 0	$ 136.50	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 1.092.000	91498293	$ 26.70	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 91498293	SANABRIA RAMIREZ HECTOR MANUEL	INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 2.520.000			NO	13						N									230301-PORVENIR	0	$ 52.000	$ 8.40	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 8.40	NUEVA EPS CM	0	$ 52.000	$ 6.50	$ 0	$ 6.50	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	0	$ 52.000	91498293	$ 1.30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 16.200

Certificación Bancaria

Sábado, 23 de mayo de 2026

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ** identificado(a) con CC. **91498293** a la fecha de expedición de esta certificación, tien[illegible] en el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	814-489908-51	2023/02/22	Activa

*Importante: Esta constancia sólo 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 país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

VIGILADO Superintendencia Financiera 24/09/2006
BANCOLOMBIA S.A. ENTIDAD VIGILADA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

Bancolombia