

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO	
PROCESO: GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO: GCR-51-F1	VIGENCIA: 05/05/2026
		PÁGINA: 1 DE 1

Diligenciar Únicamente a Computador

1. Clase y Datos del Contrato

Tipo de contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Nro. 358	Fecha: 27 / 4 / 2026
Nombre de Proveedor o Contratista: FABIANA ANDREA GARDENAS SILVA	NIT: 1.007.163.012	C.C. ☒ No. ☐
Nombre de Representante Legal: N/A	C.C. ☐ No. ☐	N/A
Dirección: CALLE 22 #9-23 TENERIFE	Correo Electronico: cfabianaandrea@gmail.com	Teléfonos: 3228912748

2. Sistema automatico de pagos (SAP)

Cuenta Bancaria: 45500063355	Banco: BANCOLOMBIA	Ahorros: ☒ Corriente: ☐
-------------------------------------	---------------------------	--

3. Información Tributaria

Responsable de IVA: Autoretenedor de Renta	Contribuyente de Renta: Prima el factor intelectual	Código actividad ICA del RIT: Régimen Tributario especial de renta. Art. 19 E.T. y Art. 14 Dec. 4400 de 2004
Gran Contribuyente: Tabla Art. 383 ETN	Retención 10% u 11%: ☒	Régimen Simple de Tributación SIMPLE Art. 905 del ETN

4. Esta Obligado a Facturar Electronicamente

SI ☐ NO ☒	N° de Factura y/o Consecutivo: 1	N° de Entrada a Almacén: N/A
--	---	-------------------------------------

5. Información del Compromiso

Objeto: **EL CONTRATISTA se compromete para con EL CONTRATANTE a prestar SUS servicios como PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA RESOLUCION N. 141 DE 2025, PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA "CUIDADO AL CUIDADOR" EN EL MARCO DE LA REHABILITACION BASADA EN COMUNIDAD RBC- SALUD MENTAL CON ENFOQUE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE NEIVA.**

Plazo: **El término de duración del contrato es de cuatro (4) meses, previa legalización del contrato suscripción del actado inicio con el supervisor del mismo**

Forma de Pago: **El valor total de este contrato es por la suma de DIECISÉIS MILLONES DE PESOS (\$16.000.000,00) MCTE, pagaderos en mensualidades y/o fracción de mes de CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4.000.000,00) MCTE, conforme a las actividades desarrolladas y certificadas por el supervisor del contrato.**

Fecha de Inicio: 28 / 04 / 2026	Inf. Presupuestal: CDP	RP: 518	Recurso y/o fuente: 13	Nombre del Recurso y/o fuente: Resolucion N° 141 "Cuidado al Cuidador" MSPS
Fecha de Terminación: 27 / 06 / 2026	Cto. Inicial: 510	Adicional: 		

6. Clase de Pago

Unico Pago: ☐	Pago No.: 01	Total de pagos: 04	Periodo: De 28 / 04 / 2026 A: 27 / 05 / 2026	Pago Final: ☐
Pago Parcial: ☒	Fecha de presentación: 6/07/2026			

Valor Inicial del contrato: 16.000.000,00	Cuenta 1: \$ 4.000.000,00
Valor Adición: -	Cuenta 2:
Valor Total del contrato: 16.000.000,00	Cuenta 3:
	Cuenta 4:
	Cuenta 5:
	Cuenta 6:
	Cuenta 7:
	Cuenta 8:
	Cuenta 9:
	Cuenta 10:
	Cuenta 11:
	Cuenta 12:

Total Ejecutado: 4.000.000,00	Cuenta 13:
Valor a Cobrar en el Periodo: 4.000.000,00	Cuenta 14:
Saldo por ejecutar: 12.000.000,00	Cuenta 15:

7. Pago de Seguridad Social

Número de Planillas de Seguridad Social: 9503394165 - 4655362051	Seguridad Social: Pago Pensión: COLPENSIONES, Pago Salud: SANITAS EPS, Pago ARL: POSITIVA ARL	Parafiscales: CCF, SENA, ICBF, ESAP, MIN EDU
Periodos Pagados: ABRIL	\$ 280.200,00	\$ 218.900,00
	\$ 5.800	Anexa Certificado de pago de aporte SGSSs y Parafiscales

8. Autorización Radicación del pago

Declaración: 1. Con su firma el Supervisor y/o interventor y el contratista Certifican que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato y que la información contenida en este formato es verdadera, que la cuenta cumple con los compromisos adquiridos en el contrato y todos los requisitos de ley (incluidos los aportes al sistema general de seguridad social y publicidad en el SECOP. 2. Igualmente dan fe de estar a paz y salvo en todos los tributos y obligaciones adquiridas con el Municipio de Neiva. Por tal motivo se autoriza la radicación de este Formato para el inicio del proceso de Pago.

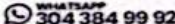
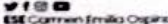
Firma del Contratista: Fabiana Cardenas	Firma del interventor (si aplica): 	Firma del Supervisor: David Pineda Martinez
--	--	--

INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR CONTRATACION Y CONTABILIDAD

9. Firmas por parte de Revisor de Contratación y Contabilidad

Visto bueno (contratación) Revisor de Cuenta: 	Visto bueno Contabilidad (Firma, nombre y fecha):
---	---

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LINEA AMIGA 863 2828**
 **WHATSAPP 304 384 99 92**
 **ESE Carmen Emilia Ospina**

Powered by  CamScanner

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	FORMATO INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL CONTRATISTA				
PROCESO: GESTION DE CONTRATACION	CODIGO: GCR-S1-F41	VIGENCIA: 07/04/2026	V5	PÁGINA 1 de 9	

Neiva, julio 6 de 2026.

Doctora

YANID PAOLA MONTERO GARCÍA

Supervisor - Contrato Prestación de Servicios N.º 0358 del 2026.

REF: INFORME DE ACTIVIDADES.

FABIANA ANDREA CARDENAS SILVA, mayor de edad y domiciliada en esta ciudad, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.007.163.012 expedida en Timana – Huila, mediante el presente escrito me permito presentar el **INFORME DE ACTIVIDADES** del contrato de la referencia:

Objeto contractual: EL CONTRATISTA se compromete para con EL CONTRATANTE a prestar SUS servicios como PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA RESOLUCION N. 141 DE 2025, PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA "CUIDADO AL CUIDADOR" EN EL MARCO DE LA REHABILITACION BASADA EN COMUNIDAD RBC- SALUD MENTAL CON ENFOQUE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE NEIVA.

Periodo ejecutado: Del 28 de abril al 27 de mayo de 2026.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	Actividades del contratista	Actividades realizadas	Evidencia aprobada
1	1. Apoyar el proceso de caracterización de cuidadores y personas con dependencia funcional y el proceso de evaluación en salud física en la fase de caracterización familiar, desde el análisis del riesgo, lo cual deberá realizar a través de las siguientes actividades: 1.1. Verificar la calidad del dato resultado del proceso de caracterización del territorio asignado de acuerdo a su dominio disciplinar. 1.2. Evaluar del perfil de salud física de las familias, con base en los resultados del instrumento de caracterización y datos resultantes de la aplicación de las pruebas psicométricas deberá identificar posibles	✓ Durante el periodo de ejecución verifiqué la calidad de los datos obtenidos en el proceso de caracterización del territorio asignado, 60 familias verificadas. ✓ Durante el periodo de ejecución verifiqué el perfil de salud física de 60 familias, con base en los resultados del instrumento de caracterización y datos resultantes de la aplicación de las pruebas psicométricas deberá identificar posibles patologías y/o alteraciones en salud física en los integrantes de la familia. ✓ Durante el periodo de ejecución formulé 60 planes de Cuidado de acuerdo con el análisis de riesgos identificado. ✓ Durante el periodo de ejecución garanticé la valoración del riesgo y la implementación del plan de cuidado de las 60 familias caracterizadas	EVIDENCIA FOTOGRÁFICA 1: bases de caracterización verificadas con calidad del dato tamizaje Barthel; Revisar en el link: https://drive.google.com/drive/folders/1Wp5V5YCznKctYVwXbaqlX91j-lbD-xND EVIDENCIA FOTOGRÁFICA 2: Planes de Cuidado por familia, revisar en el link: https://drive.google.com/drive/folders/1isx2bkmsgioZ6zs5N3KpMuqaSz05ECkZ

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad


LÍNEA AMIGA
863 2828


WHATSAPP
304 384 99 92


ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, Bienestar y Dignidad	FORMATO INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL CONTRATISTA			
PROCESO: GESTION DE CONTRATACION	CODIGO: GCR-S1-F41	VIGENCIA: 07/04/2026	V5	PÁGINA 2 de 7

	patologías y/o alteraciones en salud física en los integrantes de la familia. 1.3. Formular el Plan de Cuidados por familia de acuerdo al análisis de riesgos, de acuerdo a su dominio disciplinar. 1.4. Garantizar la valoración del riesgo y desarrollo del plan de cuidado por familia caracterizada; así mismo efectuar la canalización efectiva en salud de usuarios que lo requiera.		
2	2.Realizar el análisis de resultados obtenidos en la fase de caracterización de cuidadores y personas con dependencia funcional del territorio asignado, que incluya los siguientes criterios: 2.1. Identificación de las familias y personas con su respectiva georreferenciación, quienes requieren servicios especializados de fisioterapia, psiquiatría, fonoaudiología y terapia ocupacional. 2.2. Perfil de la salud física de los cuidadores y personas con dependencia funcional por familia. 2.3. Descripción de los riesgos identificados por familia y los recursos de afrontamiento o factores protectores disponibles en el entorno familiar. 2.4. Conclusiones y recomendaciones generales por la población analizada y	En cumplimiento de la presente obligación contractual, durante el periodo reportado no se presentaron procesos de atención en salud desde la ejecución de planes de cuidados, campañas de promoción y prevención de la estrategia "Cuidado al Cuidador". Para el periodo objeto de cobro, no se aportan evidencia debido a que para este mes se realizó la etapa de preparación de la Fase 1 y se inició con la identificación de cuidadores.	Para el periodo objeto de cobro, no se aportan evidencia debido a que para este mes se realizó la etapa de preparación de la Fase 1 y se inició con la identificación de cuidadores.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92






 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, Bienestar y Dignidad	FORMATO INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL CONTRATISTA			
PROCESO: GESTION DE CONTRATACION	CODIGO: GCR-S1-F41	VIGENCIA: 07/04/2026	V5	PÁGINA 3 de 7

	particulares por familia (según aplique).		
3	Crear e implementar grupos de ayuda mutua en cuidadores de personas con dependencia funcional, lo cual deberá realizarse a través de los siguientes momentos: 3.1. Focalizar los beneficiarios participantes de las sesiones de grupos de ayuda mutua conformando 10 grupos como mínimo de 15 participantes. 3.2. Construir cronograma y guías metodológicas para el desarrollo de los ciclos formativos. 3.3. Desarrollar las sesiones a partir de los siguientes temas: • Sesión 1. Apoyo Mutuo y Desarrollo Humano. • Sesión 2. Reconocimiento emocional y solución de Problemas. • Sesión 3. Implementación de las RIAS y Tamizajes (de acuerdo con su dominio disciplinar). • Sesión 4. Fortalecimiento de una capacidad/habilidad. • Sesión 5. Cierre reconocimiento de recursos individuales y colectivos.	En cumplimiento de la presente obligación contractual, durante el periodo reportado no se presentaron procesos de atención en salud desde la ejecución de planes de cuidados, campañas de promoción y prevención de la estrategia "Cuidado al Cuidador". Para el periodo objeto de cobro, no se aportan evidencia debido a que para este mes se realizó la etapa de preparación de la Fase 1 y se inició con la identificación de cuidadores.	Para el periodo objeto de cobro, no se aportan evidencia debido a que para este mes se realizó la etapa de preparación de la Fase 1 y se inició con la identificación de cuidadores.
4	Realizar informe de evaluación de resultados de los ciclos de información.	Durante el periodo reportado no se presentó informe de evaluación de resultados de los ciclos de información, lo cual está previsto para el último mes de ejecución del contrato.	Para el periodo objeto de cobro, no se aportan evidencia debido a que para este mes se realizó la etapa de preparación de la Fase 1 y se inició con la identificación de cuidadores.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad


LÍNEA AMIGA

863 2828


WHATSAPP

304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	FORMATO INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL CONTRATISTA			
PROCESO: GESTION DE CONTRATACION	CODIGO: GCR-S1-F41	VIGENCIA: 07/04/2026	V5	PÁGINA 4 de 7

--	--	--	--

Observación: Los anexos y demás documentos relacionados en el presente informe se allegan en medio magnético CD y se encuentran cargados en el enlace Drive del programa de salud mental, componente "Cuidado al Cuidador".

VALOR DE PERIODO EJECUTADO: CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$ 4.000.000).

Atentamente,


FABIANA ANDREA CARDENAS SILVA
 C.C. 1007163012
 Contratista

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad


LÍNEA AMIGA
863 2828


WHATSAPP
304 384 99 92


ESE Carmen Emilia Ospina



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

FORMATO INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL CONTRATISTA



PROCESO:
GESTION DE CONTRATACION

CODIGO: GCR-S1-F41

VIGENCIA: 07/04/2026

V5

PÁGINA 5 de 7

ANEXOS O EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS:

EVIDENCIA FOTOGRAFICA No. 01

Marca temporal	Fecha de aplicación	Municipio	Territorio Asignado	Dirección	Nombre del encuestado	Nombre completo	Edad	Sexo	Número de personas en el hogar	Tipo de Familia	Condición principal	Tipo de discapacidad
5/5/2026 15:45:45	5/5/2026 9:45:00	Neiva	Comuna 10		Monica Gutierrez Flore	Karla yaneth silva florez	45	Femenino	3	Nuclear Mon	Enfermedad r	Fi
5/5/2026 20:25:08	5/5/2026 10:50:00	Neiva	Comuna 10		Emma castro cumbe	Pacomio Segura Pinzon	75	Masculino	2	Nuclear Bipar	Adulto mayor	Fi
5/5/2026 20:59:11	5/5/2026 14:30:00	Neiva	Comuna 10		Monica Gutierrez Flore	Sandra Patricia Obando	53	Femenino	4	Nuclear Bipar	Enfermedad r	Fi
5/6/2026 19:47:05	5/6/2026 8:40:00	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Maria paula cardenas	42	Femenino	8	Nuclear Bipar	Discapacidad	Fi
5/6/2026 20:18:17	5/6/2026 9:50:00	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Doris yolanda prada	47	Femenino	4	Nuclear Bipar	Discapacidad	Fi
5/6/2026 20:44:27	5/6/2026 10:40:00	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Doris yolanda prada	47	Femenino	4	Nuclear Bipar	Discapacidad	Fi
5/6/2026 21:13:26	5/6/2026 10:55:00	Neiva	Comuna 10		Monica Gutierrez Flore	PAOLA ANDREA CASTRO TRUJILLO	29	Femenino	6	Extenso bipar	Enfermedad r	V
5/6/2026 21:34:02	5/6/2026 11:40:00	Neiva	Comuna 10		Monica Gutierrez Flore	JUAN CARLOS BARCAS	56	Masculino	3	Extenso bipar	Adulto mayor	A
5/6/2026 21:53:30	5/6/2026 12:30:00	Neiva	Comuna 10		Monica Gutierrez Flore	LUZ DARY SILVA QUILA	61	Femenino	3	Nuclear Mon	Adulto mayor	V
5/7/2026 21:00:10	5/7/2026 8:00:00	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Marta girardo	58	Femenino	2	Nuclear Bipar	Discapacidad	V
5/7/2026 21:16:09	5/7/2026 9:00:00	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Indira artuluaga	49	Femenino	2	Nuclear Bipar	Adulto mayor	
5/7/2026 21:29:49	5/7/2026 10:00:00	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Yulee sedeño	30	Femenino	3	Nuclear Bipar	Discapacidad	In
5/7/2026 21:41:10	5/7/2026 11:00:00	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Comuna 10	65	Femenino	3	Nuclear Bipar	Discapacidad	Fi

#	Fecha de aplicación	Municipio	Territorio Asignado	Dirección	Nombre del encuestado	Nombre completo	Edad	Sexo	Número de personas en el hogar	Tipo de Familia	Condición principal	Tipo de discapacidad
27	19/05/2026 18:00	Neiva	Comuna 10		MONICA GUTIERREZ FLORE	FLOR ALBA BORGAS G	63	Femenino	2	Nuclear Biparente	Enfermedad crónica c	Física, intelectual, Psico
28	19/05/2026 11:50	Neiva	Comuna 10		MONICA GUTIERREZ FLORE	ANITA ISBA ROLAS QUI	60	Femenino	2	Nuclear Biparente	Enfermedad crónica c	Física
29	21/05/2026 12:40	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Luz marina gonzales	65	Femenino	2	Nuclear Monoparente	Adulto mayor	
30	21/05/2026 12:10	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Nuvia dias gusman	67	Femenino	2	Nuclear Monoparente	Enfermedad crónica	
31	19/05/2026 10:55	Neiva	Comuna 10		MONICA GUTIERREZ FLORE	NELLY PARRA RODRIG	71	Femenino	1	Extenso biparente	Adulto mayor	
32	21/05/2026 11:30	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Silvia magaly polo	49	Femenino	2	Nuclear Monoparente	Adulto mayor	
33	21/05/2026 11:00	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Doris isabel mora ort	55	Femenino	4	Nuclear Monoparente	Discapacidad	Física
34	19/05/2026 8:40	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Martha cecilia hoyos	64	Femenino	1	Nuclear Monoparente	Adulto mayor	
35	21/05/2026 10:30	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Felipe aljondro gano	22	Masculino	4	Nuclear Monoparente	Adulto mayor	
36	19/05/2026 9:30	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Rosmery andrade	73	Femenino	2	Extenso biparente	Adulto mayor con dis	Física
37	19/05/2026 10:10	Neiva	Comuna 10		Ema castro	LUIS VINO GARCIA	81	Masculino	2	Nuclear Monoparente	Adulto mayor con dis	Física
38	19/05/2026 11:30	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Simone Navarrete he	53	Femenino	1	Nuclear Monoparente	Enfermedad crónica	
39	21/05/2026 9:30	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Maria sofia ortiz	74	Femenino	4	Nuclear Monoparente	Enfermedad crónica	
40	19/05/2026 10:00	Neiva	Comuna 10		MONICA GUTIERREZ FLORE	LUZ MIRIAM FLOREZ	10	Femenino	1	Extenso biparente	Adulto mayor	
41	7/05/2026 11:00	Neiva	Comuna 10		MONICA GUTIERREZ	DIANA CARDUNA	11	Femenino	1	Extenso	Adulto mayor con	Física
42	7/05/2026 12:00	Neiva	Comuna 10		MONICA GUTIERREZ FLORE	LUZ ESTELA MESA F	35	Femenino	1	Nuclear Monoparente	Discapacidad	Intelectual, Psicosocial
43	7/05/2026 8:00	Neiva	Comuna 10		MONICA GUTIERREZ	CELINA IBARRA DE	50	Femenino	2	Nuclear	Adulto mayor con	Auditiva, Física
44	7/05/2026 9:00	Neiva	Comuna 10		MONICA GUTIERREZ FLORE	ARMANDO VONDEL D	14	Femenino	1	Nuclear biparente	Enfermedad crónica c	Física, intelectual
45	7/05/2026 20:00	Neiva	Comuna 10		MONICA GUTIERREZ FLORE	SANDRA YANETH NO	40	Femenino	6	Extenso biparente	Enfermedad crónica c	Física, intelectual
46	21/05/2026 9:20	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Flor alba vega	85	Femenino	4	Nuclear Monoparente	Enfermedad crónica c	Múltiple
47	21/05/2026 9:10	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Maria elvia hogari	68	Femenino	4	Nuclear Monoparente	Adulto mayor	
48	21/05/2026 8:30	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Rubia mendez	46	Femenino	1	Nuclear Monoparente	Enfermedad crónica	
49	20/05/2026 11:50	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Aurora castro	49	Femenino	1	Nuclear Monoparente	Adulto mayor	
50	20/05/2026 9:40	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Martha idalia ramiro	62	Femenino	4	Nuclear Monoparente	Enfermedad crónica	
51	20/05/2026 9:10	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Violeta cuevas	52	Femenino	2	Nuclear Monoparente	Adulto mayor	
52	20/05/2026 9:00	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Nidia esperanza varg	45	Femenino	6	Nuclear Monoparente	Adulto mayor	
53	20/05/2026 8:30	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Nidia esperanza varg	45	Femenino	6	Nuclear Monoparente	Enfermedad crónica	
54	19/05/2026 10:00	Neiva	Comuna 10		MONICA GUTIERREZ FLORE	LUZ TATIANA RAMIR	42	Femenino	7	Extenso monoparente	Enfermedad crónica c	Física
55	19/05/2026 9:00	Neiva	Comuna 10		MONICA GUTIERREZ FLORE	LUZ AMANDA FALAN	56	Femenino	8	Compuesto bipar	Enfermedad crónica c	Auditiva, intelectual
56	20/05/2026 9:00	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Luz mila hernandez	72	Femenino	1	Nuclear Monoparente	Adulto mayor	
57	20/05/2026 8:30	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Jose humberto arles	76	Masculino	1	Nuclear Monoparente	Adulto mayor	
58	19/05/2026 8:00	Neiva	Comuna 10		MONICA GUTIERREZ FLORE	LUZ MIRIAM HERNAN	06	Femenino	2	Nuclear Biparente	Adulto mayor con dis	Física
59	19/05/2026 11:30	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Maria conchelo	58	Femenino	4	Nuclear Monoparente	Enfermedad crónica c	Física
60	19/05/2026 10:40	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Milenaconde kiriga	45	Femenino	1	Nuclear Monoparente	Adulto mayor	
61	19/05/2026 9:40	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Mariy sanabria gome	22	Femenino	1	Nuclear Monoparente	Adulto mayor	
62	19/05/2026 9:20	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Maria lilia galvis alba	61	Femenino	1	Nuclear Monoparente	Adulto mayor con dis	Física

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f i o
ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	FORMATO INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL CONTRATISTA			
PROCESO: GESTION DE CONTRATACION	CODIGO: GCR-S1-F41	VIGENCIA: 07/04/2026 /	V5	PÁGINA 6 de 7

1	Marca temporal	Fecha de aplicación	Municipio	Territorio Asignado	Dirección	Nombre del encuestador	Nombre completo	Edad	Sexo	Número
2	24/05/2026 17:16	22/05/2026 12:20	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Duraris suares muños	45	Femenino	
3	24/05/2026 17:03	22/05/2026 11:30	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Monica perdomo quii	30	Femenino	
4	5/05/2026 15:45	5/05/2026 9:45	Neiva	Comuna 10		Monica Gutierrez Florez	Karla yaneth silva flor	45	Femenino	
5	5/05/2026 20:25	5/05/2026 10:50	Neiva	Comuna 10		Emma castro cumbe	Pacomio Segura Pinz	75	Masculino	
6	5/05/2026 20:59	5/05/2026 14:30	Neiva	Comuna 10		Monica Gutierrez Florez	Sandra Patricia Oban	53	Femenino	
7	24/05/2026 16:53	22/05/2026 10:00	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Luz deny zea torre	56	Femenino	
8	6/05/2026 19:47	6/05/2026 8:40	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Maria paula cardenas	42	Femenino	
9	6/05/2026 20:18	6/05/2026 9:50	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Doris yolanda prada	47	Femenino	
10	6/05/2026 20:44	6/05/2026 10:40	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Doris yolanda prado	47	Femenino	
11	6/05/2026 21:13	6/05/2026 10:55	Neiva	Comuna 10		Monica Gutierrez Florez	PAOLA ANDREA CAST	29	Femenino	
12	6/05/2026 21:34	6/05/2026 11:40	Neiva	Comuna 10		Monica Gutierrez Florez	JUAN CARLOS BARCI	56	Masculino	
13	24/05/2026 16:41	22/05/2026 9:30	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Cecilia aldana cubillo	67	Femenino	
14	6/05/2026 21:53	6/05/2026 12:30	Neiva	Comuna 10		Monica Gutierrez Florez	LUZ DARY SILVA QUIL	61	Femenino	
15	24/05/2026 16:31	22/05/2026 9:00	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Margarita carvajal ga	54	Femenino	
16	24/05/2026 16:20	22/05/2026 8:30	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Trinidad conde	51	Femenino	
17	22/05/2026 18:57	19/05/2026 7:00	Neiva	Comuna 10		MONICA GUTIERREZ FLOREZ	PABLO ANDRES OLIVI	43	Masculino	
18	22/05/2026 18:37	19/05/2026 20:00	Neiva	Comuna 10		MONICA GUTIERREZ FLOREZ	GILMA LUCIA PARRA	33	Femenino	
19	7/05/2026 21:00	7/05/2026 8:00	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Marta girardo	58	Femenino	
20	7/05/2026 21:16	7/05/2026 9:00	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Indira artuluaga	49	Femenino	
21	7/05/2026 21:29	7/05/2026 10:00	Neiva	Comuna 10		Ema castro	Yulee sedeño	30	Femenino	

Actividad: Bases de datos verificadas

Fecha: Del 28 de abril al 27 de mayo de 2026.

Hora: No aplica

Lugar: E.S.E Carmen Emilia Ospina

EVIDENCIA FOTOGRAFICA No. 02

Compartidos conmigo > ... > EVIDENCIAS > OBLIGACIÓN 1 > 

Tipo > Personas > Modificado > Fuente >

Nombre 	Propietario	Fecha de modificación			
 FAM 001 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo	 FAM 011 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo
 FAM 002 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo	 FAM 012 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo
 FAM 003 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo	 FAM 013 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo
 FAM 004 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo	 FAM 014 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo
 FAM 005 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo	 FAM 015 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo
 FAM 006 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo	 FAM 016 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo
 FAM 007 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo	 FAM 017 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo
 FAM 008 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo	 FAM 018 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo
 FAM 009 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo	 FAM 019 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo
 FAM 010 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo	 FAM 020 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO... 	 yo	9:29 a.m. yo

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud bienestar y dignidad	FORMATO INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL CONTRATISTA			
PROCESO: GESTION DE CONTRATACION	CODIGO: GCR-S1-F41	VIGENCIA: 07/04/2026	V5	PÁGINA 7 de 7

 FAM 021 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 031 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 022 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 032 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 023 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 033 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 024 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 034 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 025 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 035 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 026 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 036 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 027 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 037 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 028 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 038 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 029 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 039 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 030 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 040 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 051 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 041 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 052 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 042 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 053 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 043 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 054 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 044 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 055 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 045 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 056 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 046 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 057 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 047 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 058 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 048 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 059 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 049 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
 FAM 060 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo	 FAM 050 VALORACIÓN RIESGO Y PLAN DE CUIDADO...  yo 9:29 a.m. yo
Actividad: Planes de cuidado familiar riesgos en salud física.	
Fecha: Del 28 de abril al 27 de mayo de 2026.	
Hora: No aplica	
Lugar: E.S.E Carmen Emilia Ospina	

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad


LÍNEA AMIGA

863 2828


WHATSAPP

304 384 99 92






ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO			
PROCESO: GESTION DE CONTRATACION	CODIGO: GCR-S1-F42	VIGENCIA: 05/04/2026	V2	PÁGINA 1 de 5

TIPO DE INFORME:	Parcial: X	Final: ____	No.: 01	Fecha: 06/07/2026
PERIODO DE INFORME:	DEL 28 DE ABRIL AL 27 DE MAYO DE 2026			
CONTRATO:	DE: PRESTACION DE SERVICIOS	Nº	0358	AÑO: 2026
CONTRATANTE:	ESE CARMEN EMILIA OSPINA			NIT. 813.005.265-7
CONTRATISTA:	NOMBRE O RAZON SOCIAL:	FABIANA ANDREA CARDENAS SILVA		NIT O CC: <u>1.007.163.012</u>
	DIRECCIÓN Y CIUDAD:	CALLE 22 #9-23		TEL: 3228912748
	REPRESENTANTE LEGAL:	N/A		CC: N/A
OBJETO:	EL CONTRATISTA se compromete para con EL CONTRATANTE a prestar SUS servicios como PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA RESOLUCION N. 141 DE 2025, PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA "CUIDADO AL CUIDADOR" EN EL MARCO DE LA REHABILITACION BASADA EN COMUNIDAD RBC- SALUD MENTAL CON ENFOQUE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE NEIVA.			
FECHA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	ABRIL 27 de 2026			
1. BALANCE JURÍDICO ADMINISTRATIVO				
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	DIECISEIS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$16.000.000)			
VALOR ADICIONAL: (OTRO SI)	N/A	Valor: N/A	Fecha: N/A	
VALOR TOTAL (Acumulado)	DIECISEIS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$16.000.000)			
PLAZO INICIAL:	El término de duración del contrato será POR CUATRO (04) MESES, previa legalización del contrato y suscripción del acta de inicio con el supervisor del mismo.			
PLAZO ADICIONAL:	N/A	Tiempo: N/A	Fecha: N/A	
PLAZO TOTAL (Acumulado)	El término de duración del contrato será POR CUATRO (04), previa legalización del contrato y suscripción del acta de inicio con el supervisor del mismo.			
FECHA DE INICIO:	28/04/2026			
FECHA DE SUSPENSIÓN Y REINICIO:	N/A	Término		Fecha (dd/mm/aa)
		Suspensión:		N/A
		Reinicio:		N/A
FECHA DE TERMINACIÓN:	27/08/2026			
GARANTIAS:				
PÓLIZAS	Nº	FECHA DE APROBACION	TIPO DE AMPARO	VALOR ASEGURADO
	N/A	N/A	N/A	N/A

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad


LÍNEA AMIGA

863 2828


WHATSAPP

304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO			
	PROCESO: GESTION DE CONTRATACION	CODIGO: GCR-S1-F42	VIGENCIA: 05/04/2026	V2

	VIGENCIA	INICIO	N/A	FINAL	N/A
ESTAMPILLAS	CONCEPTO	Nº RECIBO	FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
	ADULTO MAYOR	26010410011049	28/04/2026		\$320.000

SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL:

Que el contratista acreditó el cumplimiento del pago de aportes al Sistema Integral de Seguridad Social, correspondiente al mes de abril de 2026 así:

PLANILLA N°	Seguridad Social SGSSS			Parafiscales				
4652446041 – 4655362051	Pensión	Salud	ARL	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MIN EDU
PERIODO PAGADO	COLPENSIONES	SANITAS EPS	POSITIVA ARL	\$	\$	\$	\$	\$
ABRIL	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 5.800	Anexa Certificado de pago de aportes SGSSS y parafiscales.			Si <u>X</u>	No <u> </u>

2. BALANCE FINANCIERO

INF. PRESUPUESTAL	CDP	RP	Recurso y/o Fuente	Nombre del Recurso y/o Fuente
CONTRATO INICIAL	510	518	13	Resolucion N° 141 "Cuidado al Cuidador" MSPS
ADICIONAL N°__				

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACION DE PAGO (CCYAP)		FECHA (Día/Mes/Año)	VALOR	AMORT. ANTICIPO	VR. NETO
N°.	CONCEPTO				
1	Anticipo Cto. Principal		\$	\$	\$
2	Anticipo Adicional No .01		\$	\$	\$
3	Parcial	06/07/2026	\$4.000.000	\$0	\$4.000.000
4	Parcial		\$	\$	\$
5	Parcial		\$	\$	\$
6	Final		\$	\$	\$
TOTALES				\$	\$4.000.000

DESCRIPCION DE PAGOS	FECHA (Día/Mes/Año)	VALOR	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO %
Valor Inicial del Contrato	28/04/2026	\$16.000.000	100%
Valor Adicional N°1		\$0	
Valor Final Contratado		\$16.000.000	100%
Valor Ejecutado (CCYAP)		\$4.000.000	25%
Saldo Por Ejecutar (a favor ESE CEO)		\$12.000.000	75%

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LINEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f @
ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO			
PROCESO: GESTION DE CONTRATACION	CODIGO: GCR-S1-F42	VIGENCIA: 05/04/2026	V2	PÁGINA 3 de 5

3. COMPONENTE TÉCNICO

En virtud del objeto contratado y revisado el informe mensual del período del **28 de abril al 27 de mayo de 2026**, el contratista **FABIANA ANDREA CARDENAS SILVA** desarrolló las actividades que se derivan del Contrato de Prestación de Servicios N° 0358 de 2026 del cual soy Supervisor, me permito presentar el siguiente informe:

N°.	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	OBSERVACION	SOPORTE Y/O EVIDENCIA
1.	1. Apoyar el proceso de caracterización de cuidadores y personas con dependencia funcional y el proceso de evaluación en salud física en la fase de caracterización familiar, desde el análisis del riesgo, lo cual deberá realizar a través de las siguientes actividades: 1.1. Verificar la calidad del dato resultado del proceso de caracterización del territorio asignado de acuerdo a su dominio disciplinar. 1.2. Evaluar del perfil de salud física de las familias, con base en los resultados del instrumento de caracterización y datos resultantes de la aplicación de las pruebas psicométricas deberá identificar posibles patologías y/o alteraciones en salud física en los integrantes de la familia. 1.3. Formular el Plan de Cuidados por familia de acuerdo al análisis de riesgos, de acuerdo a su dominio disciplinar. 1.4. Garantizar la valoración del riesgo y desarrollo del plan de cuidado por familia caracterizada; así mismo efectuar la canalización efectiva en salud de usuarios que lo requiera.	El contratista verificó la calidad de los datos obtenidos en el proceso de caracterización del territorio asignado, 60 familias verificadas. Evaluó el perfil de salud física de 60 familias, con base en los resultados del instrumento de caracterización y datos resultantes de la aplicación de las pruebas psicométricas identifico posibles patologías y/o alteraciones en salud física en los integrantes de la familia. Formuló 60 planes de Cuidado de acuerdo con el análisis de riesgos identificado. Garantizó la valoración del riesgo y la implementación del plan de cuidado de las 60 familias caracterizadas, efectuando además la canalización efectiva en salud de los usuarios que lo requirieron.	Las evidencias reposan en el informe del contratista adjunto a la cuenta de cobro.
2.	2. Realizar el análisis de resultados obtenidos en la fase de caracterización de cuidadores y personas con dependencia funcional del territorio asignado, que incluya los siguientes criterios: 2.1. Identificación de las familias y personas con su respectiva georreferenciación, quienes requieren	En cumplimiento de la presente obligación contractual, durante el periodo reportado el contratista no presento procesos de atención en salud desde la ejecución de planes de cuidados, campañas de promoción y prevención	No se reportó evidencia teniendo en cuenta que durante este mes se realizó la etapa de preparación de la Fase 1 y se inició con la identificación de cuidadores.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 CARMEN EMILIA OSPINA Sociedad Beneficente y Orgánica	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO			
PROCESO: GESTION DE CONTRATACION	CODIGO: GCR-S1-F42	VIGENCIA: 05/04/2028	V2	PÁGINA 4 de 5

	servicios especializados de fisiatría, psiquiatría, fonoaudiología y terapia ocupacional. 2.2. Perfil de la salud física de los cuidadores y personas con dependencia funcional por familia. 2.3. Descripción de los riesgos identificados por familia y los recursos de afrontamiento o factores protectores disponibles en el entorno familiar. 2.4. Conclusiones y recomendaciones generales por la población analizada y particulares por familia (según aplique).	de la estrategia "Cuidado al Cuidador". Ya que para el periodo objeto de cobro, no reporta evidencia debido a que para este mes realizo la etapa de preparación de la Fase 1 e inició con la identificación de cuidadores.	
3	Crear e implementar grupos de ayuda mutua en cuidadores de personas con dependencia funcional, lo cual deberá realizarse a través de los siguientes momentos: 3.1. Focalizar los beneficiarios participantes de las sesiones de grupos de ayuda mutua conformando 10 grupos como mínimo de 15 participantes. 3.2. Construir cronograma y guías metodológicas para el desarrollo de los ciclos formativos. 3.3. Desarrollar las sesiones a partir de los siguientes temas: •Sesión 1. Apoyo Mutuo y Desarrollo Humano. •Sesión 2. Reconocimiento emocional y solución de Problemas. •Sesión 3. Implementación de las RIAS y Tamizajes (de acuerdo con su dominio disciplinar). •Sesión 4. Fortalecimiento de una capacidad/habilidad. •Sesión 5. Cierre reconocimiento de recursos individuales y colectivos.	En cumplimiento de la presente obligación contractual, durante el periodo reportado el contratista no presento procesos de atención en salud desde la ejecución de planes de cuidados, campañas de promoción y prevención de la estrategia "Cuidado al Cuidador". Ya que para el periodo objeto de cobro, no reporta evidencia debido a que para este mes realizo la etapa de preparación de la Fase 1 e inició con la identificación de cuidadores.	No se reportó evidencia teniendo en cuenta que durante este mes se realizó la etapa de preparación de la Fase 1 y se inició con la identificación de cuidadores.
4	Realizar informe de evaluación de resultados de los ciclos de información.	Durante el periodo reportado el contratista no presento informe de evaluación de resultados de los ciclos de información, lo cual está previsto para el último mes de ejecución del contrato.	No se reportó evidencia teniendo en cuenta que durante este mes se realizó la etapa de preparación de la Fase 1 y se

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

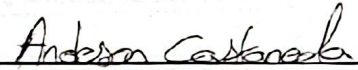
 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO			
PROCESO: GESTION DE CONTRATACION	CODIGO: GCR-S1-F42	VIGENCIA: 05/04/2026	V2	PÁGINA 5 de 5

			inició con la identificación cuidadores.
--	--	--	--

Por las razones anteriormente expuestas y al verificar el cumplimiento de las obligaciones, se avala el pago correspondiente por el periodo el del 28/04/2026 al 27/05/2026; por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$4.000.000).

Firma: 
 Nombre: **YANID PAOLA MONTERO GARCÍA**
Supervisor

Firma: 
 Nombre: **ANDERSON FABIAN CASTAÑEDA**
CAJAMARCA
Apoyo a la supervisión

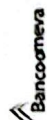
Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
IDENTIFICACION:					NOMBRE O RAZON SOCIAL:					MES:					MES:				
Cedula de Ciudadania:					Departamento:					Tipo de Planilla:					Periodo Cotizacion Salud:				
CC:					NEVA:					401 AÑO:					2020:				
03-Independiente:					Independiente:					2020-25-05:					Numero Autorizacion:				
Privada:					Actividad Economica:					Fecha Pago (año/mes/dia):									
Forma de Presentacion:					Forma de Presentacion:					Tipo de Empresa:					Numero Autorizacion:				
Aportante Exonerado Pago Aportes Salud, SENA E ICBF (Reforma Tributaria):					Aportante Exonerado Pago Aportes Salud, SENA E ICBF (Reforma Tributaria):					Unico:									
107118112 FABIANA NURECA CHACUINZANO HULLA 869998 INDEPENDIENTE Comercio a por mayor de computacion en equipo por										463246041 TIPO DE PLANILLA PERIODO COTIZACION SALUD: 2020-25-05 NUMERO AUTORIZACION:									
NO																			
ADMINISTRADORA										TOTAL APORTES A PENSION									
CÓDIGO					NOMBRE					APORTES VOLUNTARIOS					MORA				
S-14					S-14 COLPENSIONES					EMPLEADOR					COTIZANTE				
SUBTOTAL					1					1					1				
CÓDIGO					NOMBRE					LICENCIA MATERNIDAD					MORA				
EP-2005					EP-2005-SANITAS S.A					VALOR					COTIZACION				
SUBTOTAL					1					1					1				
ADMINISTRADORA										TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO					NOMBRE					INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD					MORA				
EP-2005					EP-2005-SANITAS S.A					VALOR					COTIZACION				
SUBTOTAL					1					1					1				

planilla ragada

105

TOTAL PAGADO: \$ 499.100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1007163012
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	FABIANA ANDREA CARDENAS SILVA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	NEIVA DEPARTAMENTO:	HUILA
DIRECCIÓN:	CC TELÉFONO:	99999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4655362051	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:
DÍAS DE MORA:	23	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9996941320
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4652446041	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2026/05/05

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 0
SUBTOTAL:			1	\$ 0
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 0
SUBTOTAL:			1	\$ 0
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A	1	\$ 5.800
SUBTOTAL:			1	\$ 5.800

VALOR SIN MORA:	\$ 5.700
VALOR MORA:	\$ 100
TOTAL PAGADO:	\$ 5.800