Ocaña, 20 de junio de 2026

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

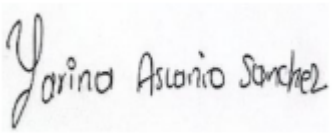
YARINA ASCANIO SANCHEZ, identificado (a) con la cédula de ciudadanía 37.181.269 expedida OCAÑA, me permito mediante el presente escrito, presentar los documentos que se anexan a la presente para que sean revisados por quien corresponda en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, con base a los siguientes datos, a saber:

VALOR DEL CONTRATO	$ 9.450.000
VALOR CUENTA A PRESENTAR	$ 3.150.000
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	DEL 19 DE MAYO AL 18 DE JUNIO 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,



YARINA ASCANIO SANCHEZ
CC. 37.181.269 DE OCAÑA

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No. 03
CONTRATO No 164-2026

DEBE A: YARINA ASCANIO SANCHEZ
CC. 37.181.269

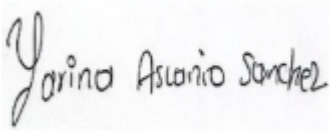
LA SUMA DE: TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($3.150.000)

PERIODO:
DEL 19 DE MAYO AL 18 DE JUNIO DE 2026

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN 212 DEL 2025 DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD, EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA O AREAS DE INFLUENCIA DEFINIDOS PARA LA EJECUCION DE LA RESOLUCION Y LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES.

"Se tomarán como Costos o Deducciones Asociados a la Rentas de Trabajo por los **Servicios Prestados (Rentas Exentas del Numeral 10 del Artículo 206 de ET"**	SI	NO
	X	

Cordialmente,



YARINA ASCANIO SANCHEZ
CC. 37.181.269 DE OCAÑA
CELULAR 3134850705
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA 318-477850-66

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	YARINA ASCANIO SANCHEZ	**CÉDULA**	37.181.269
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**PERIODO DEL INFORME**	DEL 19 DE MAYO AL 18 DE JUNIO DE 2026
No. CONTRATO	____164-2026		
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN 212 DEL 2025 DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD, EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA O AREAS DE INFLUENCIA DEFINIDOS PARA LA EJECUCION DE LA RESOLUCION Y LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES.		
VIGENCIA	TRES MESES		

CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

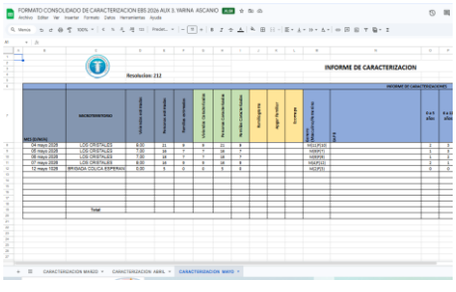
Se desarrollaron actividades obligacionales para la ejecución del contrato de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión durante el periodo indicado, mediante las siguientes actividades**:**

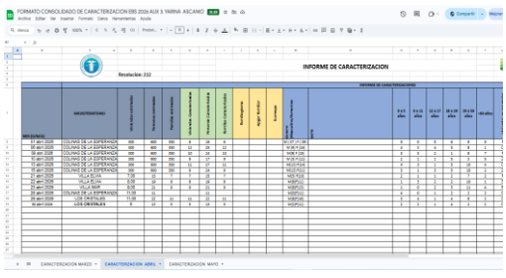
ITEM

1. Realizar y apoyar el proceso de caracterización de la población con una meta mínima de 250 mensuales mediante la aplicación de los formularios de caracterización APS, 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.

ACTIVIDAD

1. Al realizar la captación de usuarios residentes en los micro territorios asignados, llevé a cabo el proceso de caracterización, indagando sobre datos personales de los miembros de la familia, condiciones del entorno, condiciones generales de salud, dinámica familiar, el programa de promoción y mantenimiento de la salud que se adapta a cada uno de ellos, toda esta información reposa en la plataforma digital dispuesta por coordinación, de igual forma, de manera estadística, reposan los datos recopilados en la carpeta de componente poblacional de mi equipo de trabajo.









2. Revisar la calidad de los datos registrados en cada formulario, garantizando que todos los formularios sean enviados correctamente a través de la aplicación. Se deberá asegurar que los formularios en estado de “Borrador" no sean validados, siendo únicamente válidos aquellos que hayan sido enviados correctamente.

2. Luego de realizar la digitalización de los datos obtenidos en el proceso de caracterización, verifiqué el envío correcto de cada formato diligenciado, dando evidencia sobre las acciones en salud realizadas con cada usuario, las pendientes por realizar y las condiciones de salud de cada usuario captado. Me mantuve atenta en la ceremonia de recibiendo del ministro de salud realizada en la plaza parque 29 de mayo.



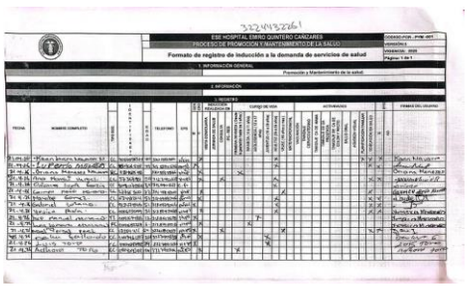


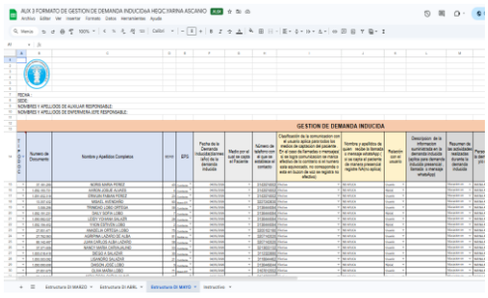




3. Canalizar a los usuarios a la institución prestadora de servicio de salud primaria según los riesgos identificados la mortalidad evitable y la discapacidad prevenible y a través de la demanda inducida a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades (soportar con un acta en el que se evidencie al menos el 70% de efectividad).

3. Al diligenciar el formato de demanda inducida dispuesto por coordinación para el desarrollo del presente contrato, eduqué a la población sobre los diferentes programas de promoción y mantenimiento de la salud que se adapta a cada necesidad, resaltando la importancia de asistir a consulta por medicina general de manera preventiva, favoreciendo un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.









4. Cumplir las actividades asistenciales correspondientes a su perfil profesional que incluyen, pero no se limita: Toma de signos vitales relacionadas con el cuidado y seguimiento de la salud, y actividades de búsqueda y seguimiento y control dentro de los programas de promoción y mantenimiento de la salud, asegurando el cumplimiento de metas, seguimiento adecuado, dentro del marco de la implementación de la Resolución 3280 de 2018.

4. Al lograr la captación de los usuarios para el proceso de caracterización, realicé una evaluación inicial del estado de salud por medio de la toma de signos vitales, peso, talla y medidas antropométricas, logrando identificar factores de riesgo, direccionar a cada usuario con el profesional en salud des mi equipo de trabajo, realizando una atención inmediata a cada paciente intervenido.









5. Realizar mínimo 250 planes de cuidado mensuales, los cuales deben coincidir con las personas, hogares y comunidades caracterizadas y las educaciones impartidas soportada en los instrumentos correspondientes utilizando la aplicación SI-APS u otra herramienta tecnológica implementada de acuerdo con los

5. Hice uso adecuado de la plataforma digital dispuesta por coordinación para el desarrollo del presente contrato, en cada plan de cuidado realizado, registré las acciones en salud ejecutadas a cada usuario, las pendientes por desarrollar, el micro territorio de la captación, de esta manera, se deja evidencia estadística de las acciones en salud

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.

realizadas durante este periodo del presente contrato.



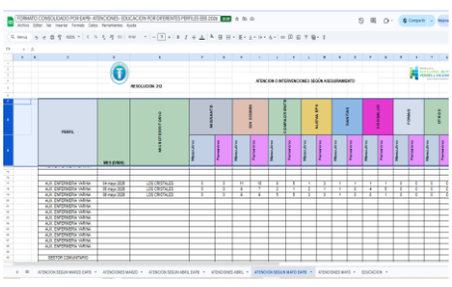


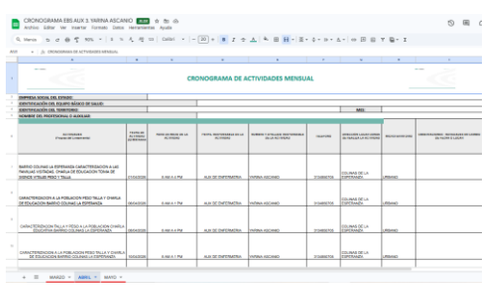




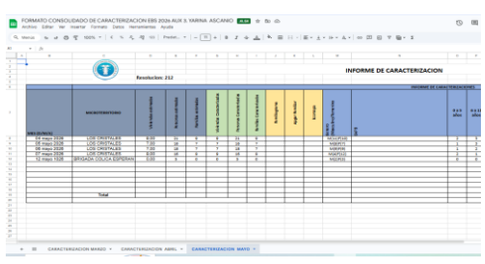
6. Remitir de manera oportuna la documentación solicitada por el coordinador para evaluar el cumplimiento del contrato, incluyendo: Informes en medio físico y magnético de las actividades ejecutadas, cronograma y otros documentos requeridos por el supervisor, conforme a sus facultades.

6. En el drive de trabajo de equipo básico, reposa la información recopilada en cada jornada de trabajo, indicando día de la actividad, cantidad de usuarios captados, actividad en salud realizada, actas de educación grupales e individuales, demanda inducida y datos estadísticos de las caracterizaciones realizadas.



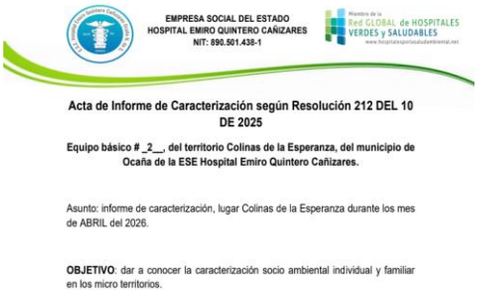






7. Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-genero, etnia, entre otras características pertinentes y por micro territorios asignados que deben ser soportados en las actas de cartografía, determinantes y barreras.

7. Mantuve comunicación constante con los líderes o presidentes de junta de los micro territorios asignados, con el fin de conocer la cantidad de viviendas de cada sector, puntos de referencia, casos en salud de especial atención, casos de vulnerabilidad, con el fin de aportar información relevante para la realización de las actas mensuales que reposan en la carpeta del drive que lleva su mismo nombre.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT: 890.501.438-1

Acta de Informe de Caracterización según Resolución 212 DEL 10 DE 2025

Equipo básico # _2__, del territorio Colinas de la Esperanza, del municipio de Ocaña de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares.

Asunto: informe de caracterización, lugar Colinas de la Esperanza durante los mes de ABRIL del 2026.

OBJETIVO: dar a conocer la caracterización socio ambiental individual y familiar en los micro territorios.







8. Brindar como mínimo 30 educaciones grupales y 30 educaciones individuales al mes para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de 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).

8. Realicé charlas educativas individuales y grupales dirigida a los usuarios captados en cada jornada de trabajo, hice uso de material informativo impreso, donde traté temas en salud de interés general, indicando síntomas, signos de alarma, medidas de prevención, posibles complicaciones y la importancia a asistir al servicio de urgencias de manera oportuna; luego, realicé las actas de educación las cuales se encuentran en el drive de mi equipo básico, con evidencia fotográfica y el formato de asistencia debidamente diligenciado.









9. Apoyar en la realización de instrumentos durante la caracterización a) Familiograma b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa.

9. Brindé apoyo a la profesional en psicología de mi equipo de trabajo, al momento de la aplicación de los instrumentos dispuestos por coordinación para el presente contrato, indagando sobre la estructura familiar, participación de los miembros de la familia en las actividades diarias del hogar, nivel de sobre carga del cuidador, entre otros aspectos, dichos instrumentos se encuentran en la carpeta de componente poblacional del drive de mi equipo de trabajo.



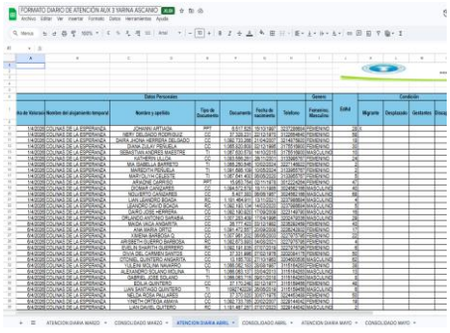


10. Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina. A

10. Luego de recopilar los datos personales de los usuarios captados en las jornadas de trabajo y realizar las acciones en salud correspondientes, digité en los anexos de mi drive de trabajo, la información captada, realizando el diligenciamiento del formato diario de atención por EAPB, componente poblacional, anexo 8, cronograma de actividades y los respectivos consolidados solicitados al momento

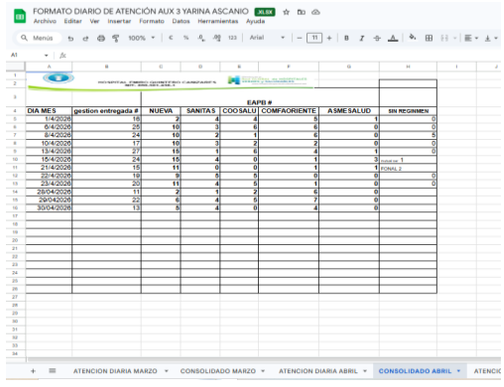
través del diligenciamiento del anexo 5.1 y gestión efectiva de la necesidad de la persona, familia y comunidad.

de realizar las actas mensuales.









11. Realizar seguimiento efectivo a los hallazgos e intervenciones con la familia, personas, comunidades establecidas en el Plan de Cuidado, teniendo en cuenta que en el seguimiento del plan de cuidado cada uno de los integrantes de los equipos básicos de salud cumple un rol integrando las acciones para la efectividad de las intervenciones.

11. Al identificar situaciones en salud que requerían seguimiento, junto con mi equipo de trabajo, se realizó una visita de seguimiento y control, con el fin de valorar la evolución del estado de salud, hacer las modificaciones en el plan de cuidados y adoptar nuevas medidas, cabe notar que la comunidad se mostró receptiva y colaboradora al momento de realizar las intervenciones.









12. Identificar personas no afiliadas al

12. Durante este periodo del presente

sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación soportando en los anexos correspondientes.

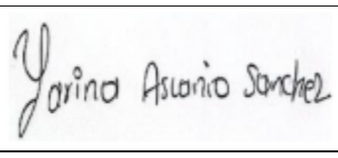
contrato, no identifiqué usuarios sin afiliación al régimen de salud, por lo tanto, no se realizó esta actividad.









CONTRATIASTA	
NOMBRE	YARINA ASCANIO SANCHEZ
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	37181269
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YARINA ASCANIO SANCHEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	ABREGO	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	BARRIO JUAN XXIII	TELÉFONO:	5622283
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:	**6016173185**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	322739747

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

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	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:									**$ 42.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 42.700**

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	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 37181269	ASCANIO SANCHEZ YARINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	37181269	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	37181269
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YARINA ASCANIO SANCHEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	ABREGO	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	BARRIO JUAN XXIII	TELÉFONO:	5622283
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:	**6016173185**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/05/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		322739747

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		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 42.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 541.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 541.800**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	37181269
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YARINA ASCANIO SANCHEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	ABREGO	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	BARRIO JUAN XXIII	TELÉFONO:	5622283
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:	**6020669039**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/16			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	394991486

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 168.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 168.100	$ 0	$ 168.100
SUBTOTALES:										**$ 168.100**	**$ 0**	**$ 168.100**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 131.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 131.400	$ 0	$ 0	$ 131.400
SUBTOTALES:													**$ 131.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 131.400**

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	$ 25.600	$ 25.600	$ 0	$ 0	$ 25.600
SUBTOTALES:									**$ 25.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 25.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
																													APORTES VOLUNTARIOS																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 37181269	ASCANIO SANCHEZ YARINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO		18															25-14 COLPENSIONES	18	$ 1.050.543	$ 168.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 168.100	EPS005-SANITAS S.A	18	$ 1.050.543	$ 131.400	$ 0	$ 131.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	18	$ 1.050.543	37181269	$ 25.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 325.100

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	37181269
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YARINA ASCANIO SANCHEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	ABREGO	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	BARRIO JUAN XXIII	TELÉFONO:	5622283
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:	**6020669039**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/06/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		394991486

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 168.100
SUBTOTAL:			1	**$ 168.100**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 131.400
SUBTOTAL:			1	**$ 131.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 25.600
SUBTOTAL:			1	**$ 25.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 325.100**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 325.100**

Planilla Pagada

Certificación
Bancaria

Viernes, 6 de marzo de 2026

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **YARINA ASCANIO SANCHEZ** identificado(a) con CC. **37181269** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	318-477850-66	2015/09/07	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.

Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario