DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

**E.S.E. HOSPITAL DE LA CEJA**
**890980758**

Fecha Actual : miércoles, 08 julio 2026


# COMPROBANTE DE EGRESO
# Número : 000000000057343

| | | | |
|---|---|---|---|
| Consecutivo : | 000000000057343 | Estado : | Confirmado |
| Fecha del Egreso : | 8/07/2026 9:32:07 a. m. | Valor : | $ 2.375.000,00 |
| Beneficiario | 1003715775 CUADRADO GALVIS KAREN MISHELIS | | |
| Detalle : | CANCELACION DE SERVICIOS AUXILIAR DE ENFERMERIA EBS, DEL 01 AL 30 DE JUNIO 2026, SEGUN CONTRATO | *Numero Nota:* | 4546 |
| Valor en Letras | DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte. | | |

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCOLOMBIA

Numero : Consignar : 07/08/2026 Impuesto X Mil : $ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

| CONCEPTO | TERCERO | CUENTA | DEBITO | CREDITO |
|---|---|---|---|---|
| EQUPOS BASICOS AHORROS 023-000042-20 | 1003715775 | 11100625 | $ 0,00 | $ 2.375.000,00 |
| SERVICIOS | 1003715775 | 24905501 | $ 2.375.000,00 | $ 0,00 |
| CANCELACION DE SERVICIOS AUXILIAR DE ENFERMERIA EBS, DEL 01 AL 30 DE JUNIO 2026, SEGUN CONTRATO | | | | |

FACTURAS AFECTADAS

| Factura | Valor | Factura | Valor | Factura | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| DSE0000003447 | $ 2.375.000,00 | | | | |

ORDEN DE PAGO GENERADA

| Consecutivo | Fecha | Rubro | Nombre | Recurso | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 812 | 20260708 | 2.3.2.02.02.009.1 | EBS URBANOS | 01 - RECURSOS PROPIOS | $ 2.500.000,00 |

GERENTE | TESORERO | SUB. ADMINISTRATIVO | FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :1040045700 JENNY GAVIRIA HENAO

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

Usuario Id. :1040045700

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL DE LA CEJA] NIT [890980758-7]

**DOCUMENTO EQUIVALENTE N.01**

**CIUDAD:** La Ceja, Antioquia
**FECHA:** 01 DE JULIO DEL 2026

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **KAREN MISHELIS CUADRADO GALVIS** |
| **N. DE IDENTIFICACIÓN** | **1003715775** |
| **N. DEL CONTRATO** | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 137-PS-2026-SUB-ADM-EBS |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | Contrato de prestación de servicios como auxiliar de enfermería, para la ejecución de actividades en el área urbana del municipio de la ceja (ANTIOQUIA), en aras de contribuir con el fortalecimiento de la atención primaria en salud, mediante la conformación de los equipos básicos en salud, según los lineamientos establecidos en la resolución número 0000711 del 2025 (del ministerio de salud y protección social). |
| **PERÍODO DE COBRO** | Del periodo comprendido entre el 01 de JUNIO al 30 de JUNIO del 2026. |
| **VALOR COBRADO** | **$2.500.000** |
| **VALOR EN LETRAS** | **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS** |

Nota: Favor consignar en la cuenta No.00266833385 de BANCOLOMBIA a nombre de KAREN MISHELIS CUADRADO GALVIS.

**FIRMA**
**Nombre:** KAREN MISHELIS CUADRADO GALVIS.
**C.C: 1003715775.**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1003715775 | KAREN MISHELIS CUADRADO GALVIS | Calle 48 # 28-153 apto 302 | 5989451 | ana.cuadradogalvis@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | ANTIOQUIA | COPACABANA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| 86781098 | 28/05/2026 | 92975454 | 25/06/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-06 | 2026-06 | N | $0 | $523.600 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 211.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 211.600 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 270.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 270.800 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-25 | Riesgos prof Colmena | 800226175-3 | 41.200 | | | | 41.200 | 0 | 0 | 41.200 | | | 412 | 41.200 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 211.600 | 211.600 |
| Pensión | 1 | 270.800 | 270.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 41.200 | 41.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 523.600 | 523.600 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1003715775 | KAREN MISHELIS CUADRADO GALVIS | | Calle 48 # 28-153 apto 302 | 5989451 | ana.cuadradogalvis@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | ANTIOQUIA | COPACABANA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| 86781098 | 28/05/2026 | 92975454 | 25/06/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-06 | 2026-06 | N | $0 | $523.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1003715775 | CUADRADO GALVIS KAREN MISHELIS | 59 | 0 | | | N | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | 14-25 | 1.750.905 | 30 | 3 | 42.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1003715775 | KAREN MISHELIS CUADRADO GALVIS | Calle 48 # 26-153 apto 302 | 5989451 | ana.cuadradogalvis@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | ANTIOQUIA | COPACABANA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 86781098 | 28/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-06 | 2026-06 | I | $0 | $18.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 7.300 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 7.300 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 9.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 9.400 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-25 | Riesgos prof Colmena | 800226175-3 | 1.500 | | | | 1.500 | 0 | 0 | 1.500 | | | 15 | 1.500 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 7.300 | 7.300 |
| Pensión | 1 | 9.400 | 9.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 1.500 | 1.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 18.200 | 18.200 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1003715775 | KAREN MISHELIS CUADRADO GALVIS | Calle 48 # 28-153 apto 302 | 5989451 | ana.cuadradogalvis@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | ANTIOQUIA | COPACABANA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NUMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 86781098 | 28/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-06 | 2026-06 | I | $0 | $18.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Extranjero | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1003715775 | CUADRADO GALVIS KAREN MISHELIS | 59 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 58.364 | 1 | 9.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 58.364 | 1 | 7.300 | 14-25 | 58.364 | 1 | 3 | 1.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

HOSPITAL DE LA CEJA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

## INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

**Fecha: 01 Julio del 2026**

| | |
|---|---|
| **ENTIDAD CONTRATANTE** | **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA CEJA** |
| **NIT** | **890980758-7** |
| **CONTRATISTA** | **KAREN MISHELIS CUADRADO GALVIS** |
| **CEDULA** | **1003715775** |
| **No. DE CONTRATO** | **137-PS-2026-SUB-ADM-EBS** |
| **OBJETO** | **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EN EL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE LA CEJA (ANTIOQUIA), EN ARAS DE CONTRIBUIR CON EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, MEDIANTE LA CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD, SEGÚN LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN NÚMERO 0000711 DEL 2025 (DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL).** |
| **FECHA DE INICIO** | **01 JUNIO DEL 2026** |
| **PERIODO PARA REPORTAR LAS ACTIVIDADES** | **DEL 01 JUNIO HASTA EL 30 JUNIO DEL 2026** |
| **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES** | |
| **ACTIVIDADES CONTRACTUALES** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| **1. Realizar el mapeo y la cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio, incluyendo la ejecución de la actividad y/o el seguimiento a la información territorial obtenida.** | El día jueves 11 de junio se llevó a cabo el proceso de mapeo y cartografía social en el barrio Payuco, realizando un primer acercamiento con el presidente de la Junta de Acción Comunal (JAC), quien orientó al equipo sobre la delimitación del territorio, las características de la comunidad y los principales referentes del sector. Asimismo, manifestó su respaldo a la estrategia y autorizó el inicio de las actividades de abordaje comunitario en el microterritorio.<br><br>(Ver evidencia |

| | |
|---|---|
| **2. Informar a la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas, comprendiendo la realización de la actividad y/o el seguimiento a su socialización.** | Durante las jornadas de intervención en el barrio Payuco se realizó la difusión de las actividades desarrolladas por el Equipo Básico de Salud mediante estrategias de comunicación comunitaria, utilizando los grupos de WhatsApp del sector y la socialización voz a voz con los habitantes.<br><br>Estas acciones permitieron informar a la comunidad sobre los servicios ofertados, promover la participación en las actividades programadas y facilitar el acercamiento entre el equipo de salud y la población del microterritorio.<br><br>(Ver evidencia |
| **3. Elaborar el Plan Integral del Cuidado Primario individual, familiar y comunitario, con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el componente de salud y de manera intersectorial, así como efectuar la ejecución y/o el seguimiento al plan establecido.** | Con base en la información obtenida durante el proceso de caracterización de la población del barrio Payuco, se elaboraron los planes integrales de cuidado primario individual, familiar y comunitario, priorizando las necesidades identificadas en cada visita. Debido a que el microterritorio iniciaba su proceso de intervención, la mayoría de las familias requerían la formulación de un plan de cuidado. En total se elaboraron e intervinieron 35 planes de cuidado, estableciendo las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, seguimiento y articulación con los programas y servicios correspondientes, de acuerdo con las necesidades identificadas en cada caso.<br><br>(Ver evidencia |
| **4. Realizar la caracterización socioambiental, individual y familiar en el microterritorio, incluyendo la aplicación de los instrumentos y/o el seguimiento a la información registrada.** | Durante las jornadas de trabajo en el barrio Payuco se llevó a cabo la caracterización socioambiental, individual y familiar de la población abordada, con el propósito de identificar las condiciones de salud, factores de riesgo, determinantes sociales y características del entorno de las familias. Como resultado de esta actividad, se realizaron 35 |

| | |
|---|---|
| | caracterizaciones, información que sirvió como base para la formulación de los planes integrales de cuidado y la priorización de las intervenciones requeridas por la comunidad. |
| **5. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación, comprendiendo la ejecución de la gestión y/o el seguimiento al proceso.** | Durante el proceso de caracterización no se identificaron personas no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. |
| **6. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen alto impacto en salud pública, incluyendo la ejecución de la actividad y/o el seguimiento a las remisiones efectuadas.** | Durante las visitas domiciliarias y las actividades desarrolladas en el microterritorio se realizó la inducción a la demanda de los servicios de Promoción y Mantenimiento de la Salud, orientando a la población sobre la importancia de acceder oportunamente a los programas priorizados. Se brindó información y se promovió la asistencia a las actividades de vacunación, tamizajes, controles por curso de vida, detección temprana de enfermedades y demás intervenciones relacionadas con las prioridades en salud pública, de acuerdo con las necesidades identificadas en cada persona y familia. |
| **7. Brindar educación 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, comprendiendo la realización de la actividad y/o el seguimiento correspondiente.** | Durante las visitas domiciliarias se desarrollaron actividades de educación para la salud dirigidas a los integrantes de las familias intervenidas, abordando temas relacionados con la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida saludables y el fortalecimiento del autocuidado. Asimismo, se brindó orientación sobre el manejo de las enfermedades crónicas, la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico, la identificación oportuna de signos de alarma y la adopción de prácticas de cuidado individual, familiar y del entorno para contribuir al mantenimiento de la salud. |
| **8. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de** | Durante las visitas domiciliarias se brindó información a las familias sobre el portafolio de servicios |

| | |
|---|---|
| **salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades, incluyendo la orientación y/o el seguimiento al acceso a los servicios informados.** | disponible en la institución de salud y las rutas de atención existentes, orientándolas respecto al acceso a los programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud, consultas, controles y demás servicios requeridos según el curso de vida y las necesidades identificadas. De igual manera, cuando fue pertinente, se socializaron las opciones de articulación con otros sectores para favorecer la atención integral de la población. |
| **9. Realizar la revisión de esquemas de vacunación, incluyendo la verificación del estado vacunal y/o el seguimiento a los esquemas incompletos o pendientes.** | Durante las visitas domiciliarias se realizó la verificación de los esquemas de vacunación de la población infantil intervenida, revisando los carnés de vacunación con el fin de identificar el estado de inmunización de los niños. Cuando se evidenciaron esquemas incompletos o la necesidad de dosis pendientes, se brindó orientación a los cuidadores sobre la importancia de completar el esquema de acuerdo con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y se promovió la asistencia oportuna a los servicios de |
| **10. Realizar la toma de muestras de laboratorio, comprendiendo la ejecución de la actividad y/o el seguimiento a los resultados, conforme a los lineamientos establecidos.** | Durante el período reportado no se realizó la toma de muestras de laboratorio en la población intervenida. En consecuencia, las acciones desarrolladas por el equipo se enfocaron en actividades de caracterización, educación para la salud, elaboración de planes de cuidado, inducción a la demanda y demás intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad contempladas para el microterritorio. |
| **11. Brindar atención para la promoción y el apoyo a la lactancia materna, incluyendo la orientación y/o el seguimiento a las prácticas identificadas.** | Durante las jornadas de intervención en el microterritorio no se identificaron gestantes, puérperas ni madres en período de lactancia que requirieran orientación o acompañamiento en relación con la promoción y el apoyo a la lactancia materna. Por lo tanto, no fue posible desarrollar esta actividad durante el período reportado. |
| **12. Digitalizar los instrumentos e historias clínicas diligenciadas de forma manual en la** | Durante el período reportado se realizó la digitalización oportuna de los instrumentos de |

| | |
|---|---|
| **herramienta definida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la ESE Hospital, comprendiendo la carga de información y/o el seguimiento a su registro.** | caracterización, planes de cuidado diligenciados en campo, garantizando el registro de la información en la herramienta establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la ESE Hospital. Esta actividad permitió asegurar la disponibilidad, trazabilidad y calidad de los registros generados durante las intervenciones realizadas en el microterritorio. |
| **13. Convocar, implementar y realizar seguimiento a los espacios de participación social y popular en cada una de las veredas, barrios y microterritorios abordados por el equipo.** | Durante el período reportado se promovió la participación social y comunitaria mediante la convocatoria e interacción permanente con los habitantes del barrio Payuco y sus líderes comunitarios. A través de estos espacios se socializaron las acciones desarrolladas por el Equipo Básico de Salud, se fortaleció el vínculo con la comunidad y se incentivó la participación activa de la población en las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y cuidado integral, favoreciendo el seguimiento a las necesidades identificadas en el microterritorio. |
| **14. Realizar las actividades que sean designadas por el supervisor conforme al cronograma mensual de actividades.** | Se dio cumplimiento a las actividades establecidas en el cronograma mensual y se asistió a las reuniones programadas por el supervisor. Únicamente no fue posible asistir a una de ellas debido a un quebranto de salud; no obstante, se realizó la actualización de la información tratada en dicha reunión, manteniéndose al día con las directrices, lineamientos y actividades asignadas para el desarrollo de las funciones. |

En constancia de lo anterior se firma a los 01 días del mes de Julio de 2026

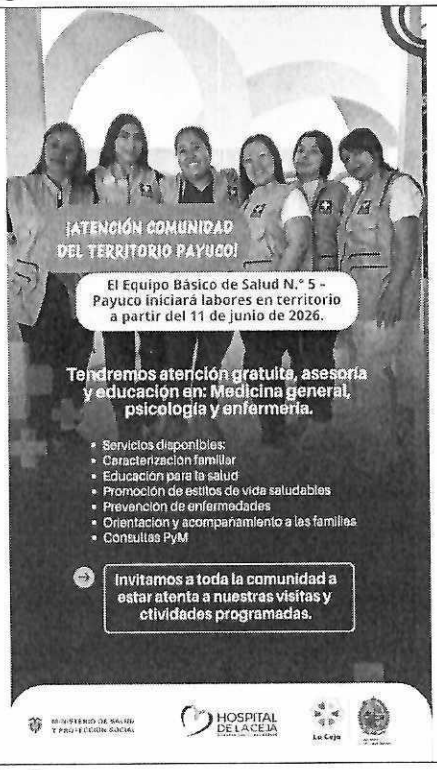
**FIRMA**

**Nombre:** KAREN MISHELIS CUADRADO GALVIS.
**C.C: 1003715775.**
**CONTRATISTA**

## REGISTRO FOTOGRAFICO




**Evidencia 1**
**Descripción: Reunión de mapeo y cartografía el día 11 de Junio.**




**Evidencia 2**
**Descripción: Flyer compartido a la comunidad.**

02_39182346_Plan de cuidado

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN HOGAR (según survey) | 39182 | IDENTIFICACIÓN FAMILIA (según survey) | 10424 | ESTRATO SOCIOECONÓMICO (celda 6) | 2 bajo |
| NOMBRE DE QUIÉN RECIBE LA VISITA | MARIA OLIVIA CARMONA MORITOYA | TIPO DE FAMILIA (celda 5) | 7 Unipersonal no vive | TOTAL INTEGRANTES DE LA FAMILIA | 1 |
| PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA VISITA | | JEFE DEL HOGAR | MARIA OLIVIA CARMONA MORITOYA | NÚMERO DE TELÉFONO DE QUIEN RECIBE LA VISITA | 3136611140 |
| NÚMERO DE TELÉFONO CONTACTO FAMILIAR | | | | CARGO/PROFESIÓN RESPONSABLE DE VISITA | |

VISITA INICIAL DE CARACTERIZACIÓN

FECHA: 12 de junio DE 2026 — HORA: 11 :20 AM

1. VALORACIÓN INDIVIDUAL

| INTEGRANTES | NOMBRES | APELLIDOS | TIPO DE DOCUMENTO ( tabla 8) | NUMERO DE DOCUMENTO | EDAD | CURSO DE VIDA ( Vac en tabla 1) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INTEGRANTE 1 | MARIA OLIVIA | Cédula Ciudadanía | CC Cedula de ciudadania | 39182340 | 73 | vejez |

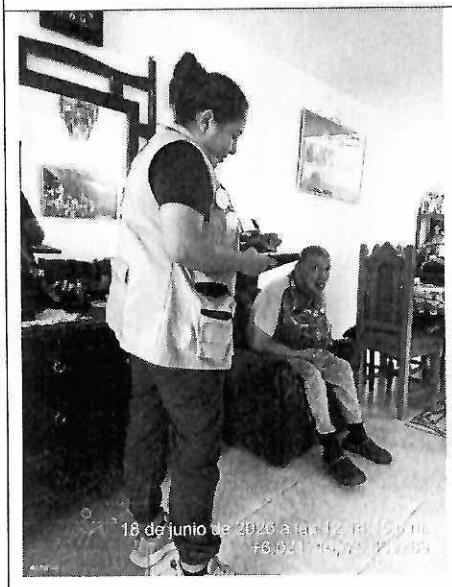
VALORACIÓN INTEGRAL

| HALLAZGO AUXILIAR DE ENFERMERÍA | ATENCIONES REALIZADAS EN EL PYM | REMISION A OFERTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL | ACUERDOS |
|---|---|---|---|
| Usuaria de 73 años de edad, afiliada a Sanitas Salud subsidiado. Refiere antecedentes de colecistectomía hace aproximadamente 6 años. Niega otros antecedentes médicos relevantes. Manifiesta que hace tiempo no asiste a controles por inconvenientes económicos. Actualmente | Educación en salud y | | Reforzar asistencia periódica a controles médicos y programas de promoción y prevención en salud de la |

**Evidencia 3**

| Fecha de diligenciamiento de la visita (aaaa/mm/dd) | Territorio | Microterritorio | Número de familia | Auxiliar responsable | Estaba en la vivienda al momento de la visita | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16/6/2026 | Payuco | Payuco 1 | F0461 | Dayana | SI | Monica | Maria | Ruiz | Reyes |
| 16/6/2026 | Payuco | Payuco 1 | F0461 | Dayana | NO | Jose | Cesar | Palacio | Guerra |
| 16/6/2026 | Payuco | Payuco 1 | F0461 | Dayana | SI | Angel | David | Palacio | Ruiz |
| 16/6/2026 | Payuco | Payuco 1 | F0462 | Dayana | SI | Luz | Amparo | Valencia | De Cardona |
| 16/6/2026 | Payuco | Payuco 1 | F0462 | Dayana | NO | Edwin | Fernando | Cardona | Valencia |
| 16/6/2026 | Payuco | Payuco 1 | F0463 | Dayana | SI | Fabio | | Gonzalez | Garcia |
| 16/6/2026 | Payuco | Payuco 1 | F0463 | Dayana | NO | Luz | Mary | Gomez | |
| 16/6/2026 | Payuco | Payuco 1 | F0463 | Dayana | NO | Santiago | | Gonzalez | Gomez |
| 16/6/2026 | Payuco | Payuco 1 | F0464 | Dayana | SI | Maria | | Valencia | Rios |

**Evidencia 4**

| | |
|---|---|
| Descripción: Planes de cuidado elaborados en los días administrativos (17, 19, 24, 25, 26 de Junio) | Descripción: Formato de canalización diligenciado. |
|  |  |
| Evidencia 5<br>Descripción: Visita a los hogares los días 16, 18, 22 y 23 de Junio. | Evidencia 6:<br>Descripción: Visita a los hogares los días 16, 18, 22 y 23 de Junio. |
|  |  |
| Evidencia 7: | Evidencia 8: |

| | |
|---|---|
| Descripción: Visita a los hogares los días 16, 18, 22 y 23 de Junio. | Descripción: Visita a los hogares los días 16, 18, 22 y 23 de Junio. |
|  |  |
| Evidencia 9: 16, 18, 22 y 23 de Junio.<br>Descripción: Charla educativa sobre el calentamiento y el enfriamiento después de hacer una actividad física. | Evidencia 10: 16, 18, 22 y 23 de Junio.<br>Descripción: Charla educativa sobre la importancia de mantener una alimentación adecuada. |
| | |
| Evidencia 11:<br>Descripción: | Evidencia 12:<br>Descripción: |

**CERTIFICADO DE NO UTILIZACIÓN DE COSTOS Y DEDUCCIONES**

**ASOCIADOS A RENTAS DE TRABAJO**

(Inciso 1 del Parágrafo 2 del Artículo 383 del E.T., modificado por el artículo 8 de la Ley 2277 de 2022 - Numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016 modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023)

Yo, KAREN MISHELIS CUADRADO GALVIS con documento de identificación No. 1003715775.

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

QUE:

Estoy vinculado al Hospital La Ceja, hasta el 30 de septiembre de 2026 mediante contrato por prestación de servicios y para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de que trata el artículo 383 del Estatuto tributario a las renta de trabajo, informo que no haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES originados en el contrato suscrito con la entidad (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Por lo anterior, solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

CIUDAD Y FECHA: La Ceja Antioquia, 01 de julio del 2026.

**FIRMA**



**Nombre:** KAREN MISHELIS CUADRADO GALVIS
**.C.C: 1007799755**

# Certificación
## Bancaria

Jueves, 25 de junio de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que KAREN GALVIS CUADRADO identificado(a) con CC 1003715775, a la fecha de expedicion de esta certificacion, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| CUENTA AHORROS | 00246833885 | 2024-04-27 | Activo | ***** |

**Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente
Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes numeros: Medellín Local (57 4) 510 90 00 Bogotá Local (57 1) 343 00 00 Barranquilla Local (57 5) 361 88 88 Cali Local (57 2) 554 05 05 Resto del país 01800 09 12345 Sucursales telefónicas en el exterior España (34) 900 995 717 Estados Unidos (1) 1 866 339 97 14

Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia

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

HOSPITAL DE LA CEJA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

## ACTA DE SUPERVISIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PAGO DE CONTRATISTAS

| | |
|---|---|
| **Acta de avance número:** | **Acta N°1** |
| **Fecha supervisión:** | **01 de julio de 2026** |
| **Periodo de cobro:** | Del 01 de junio al 30 de junio de 2026 |
| **Grado de responsabilidad** | Mediante la suscripción de la presente acta, el Supervisor asume plena responsabilidad por la veracidad de la información en ella contenida. |

### INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| **Modalidad de selección** | Directa |
| **Número del contrato:** | No.137-PS-2026-SUB-EBS |
| **Objeto del contrato:** | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EN EL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE LA CEJA (ANTIOQUIA), EN ARAS DE CONTRIBUIR CON EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, MEDIANTE LA CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD, SEGÚN LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN NÚMERO 0000711 DEL 2025 (DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL). |
| **Fecha de inicio:** | 01 de junio de 2026 |
| **Fecha de terminación:** | 30 de septiembre de 2026 |
| **Valor del contrato** | DIEZ MILLONES DE PESOS ($ 10.000.000.) |

### CONTRATANTE

| | |
|---|---|
| **E.S.E** | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA CEJA |
| **NIT:** | 890980758-7 |
| **Representante legal:** | JAVIER ALEJANDRO BEDOYA TORO |
| **Cedula de Ciudadanía:** | 15.385.575 |

### CONTRATISTA

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | KAREN MISHELIS CUADRADO GALVIS |
| **Cédula de ciudadanía** | 1.003.715.775 |
| **Perfil** | AUXILIAR DE ENFERMERIA |

### SUPERVISOR

| | |
|---|---|
| **Subdirección administrativa** | MARIA JANETH GAVIRIA CHICA |

### BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Valor inicial del contrato | $ 10.000.000 |
| Valor adiciones | 0 |
| Valor total del contrato | $ 10.000.000 |
| Valor Documento Equivalente No. 001 | $ 2.500.000 |
| Valor Documento Equivalente No. 002 | $0 |
| Valor Documento Equivalente No. 003 | $0 |
| Valor Documento Equivalente No. 004 | $0 |
| Valor pagado | $ - |
| Valor causado (que no se ha pagado) | $ 2.500.000 |
| Valor total ejecutado | $ 2.500.000 |
| Porcentaje total ejecutado | 25% |
| Valor saldo por ejecutar | $ 7.500.000 |
| Porcentaje valor por ejecutar | 75% |

HOSPITAL DE LA CEJA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

**RECIBO A SATISFACCIÓN**
**(CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES)**

El supervisor del contrato, mediante la presente acta, deja constancia que recibe a satisfacción los bienes o servicios que se describen a continuación:

**ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO A VERIFICAR**

| ACTIVIDADES CONTRACTUALES | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 1. Realizar el mapeo y la cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio, incluyendo la ejecución de la actividad y/o el seguimiento a la información territorial obtenida. | 1.Se llevó a cabo el proceso de mapeo y cartografía social en el barrio Payuco, realizando un primer acercamiento con el presidente de la Junta de Acción Comunal (JAC), quien orientó al equipo sobre la delimitación del territorio, las características de la comunidad y los principales referentes del sector. |
| 2.Informar a la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas, comprendiendo la realización de la actividad y/o el seguimiento a su socialización. | 2.Se realizó la difusión de las actividades desarrolladas por el Equipo Básico de Salud mediante estrategias de comunicación comunitaria, utilizando los grupos de WhatsApp del sector y la socialización voz a voz con los habitantes. |
| 3. Elaborar el Plan Integral del Cuidado Primario individual, familiar y comunitario, con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el componente de salud y de manera intersectorial, así como efectuar la ejecución y/o el seguimiento al plan establecido. | 3. Con base en la información obtenida durante el proceso de caracterización de la población del barrio Payuco, se elaboraron los planes integrales de cuidado primario individual, familiar y comunitario, priorizando las necesidades identificadas en cada visita. Debido a que el microterritorio iniciaba su proceso de intervención, la mayoría de las familias requerían la formulación de un plan de cuidado. En total se elaboraron e intervinieron 35 planes de cuidado, estableciendo las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, seguimiento y articulación con los programas y servicios correspondientes, de acuerdo con las necesidades identificadas en cada caso. |
| 4. Realizar la caracterización socioambiental, individual y familiar en el microterritorio, incluyendo la aplicación de los instrumentos y/o el seguimiento a la información registrada. | 4. Durante las jornadas de trabajo en el barrio Payuco se llevó a cabo la caracterización socioambiental, individual y familiar de la población abordada, con el propósito de identificar las condiciones de salud, factores de riesgo, determinantes sociales y características del entorno de las familias. Como resultado de esta actividad, se realizaron 35 caracterizaciones, información que sirvió como base para la formulación de los planes integrales de cuidado y la priorización de las intervenciones requeridas por la comunidad. |
| 5. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación, comprendiendo la ejecución de la gestión y/o el seguimiento al proceso. | 5. Durante el proceso de caracterización no se identificaron personas no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. |
| 6. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen alto impacto en salud pública, incluyendo la ejecución de la actividad y/o el seguimiento a las remisiones efectuadas. | 6. Durante las visitas domiciliarias y las actividades desarrolladas en el microterritorio se realizó la |
| 7. Brindar educación 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, comprendiendo la realización de la actividad y/o el seguimiento correspondiente. | |
| 8. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades, incluyendo la orientación y/o el seguimiento al acceso a los servicios informados. | |

| | |
|---|---|
| 9. Realizar la revisión de esquemas de vacunación, incluyendo la verificación del estado vacunal y/o el seguimiento a los esquemas incompletos o pendientes.<br>10.Realizar la toma de muestras de laboratorio, comprendiendo la ejecución de la actividad y/o el seguimiento a los resultados, conforme a los lineamientos establecidos.<br>11. Brindar atención para la promoción y el apoyo a la lactancia materna, incluyendo la orientación y/o el seguimiento a las prácticas identificadas.<br>12. Digitalizar los instrumentos e historias clínicas diligenciadas de forma manual en la herramienta definida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la ESE Hospital, comprendiendo la carga de información y/o el seguimiento a su registro.<br>13. Convocar, implementar y realizar seguimiento a los espacios de participación social y popular en cada una de las veredas, barrios y microterritorios abordados por el equipo.<br>14. Realizar las actividades que sean designadas por el supervisor conforme al cronograma mensual de actividades. | inducción a la demanda de los servicios de Promoción y Mantenimiento de la Salud, orientando a la población sobre la importancia de acceder oportunamente a los programas priorizados<br>7. Durante las visitas domiciliarias se desarrollaron actividades de educación para la salud dirigidas a los integrantes de las familias intervenidas, abordando temas relacionados con la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida saludables y el fortalecimiento del autocuidado.<br>8. Durante las visitas domiciliarias se brindó información a las familias sobre el portafolio de servicios disponible en la institución de salud y las rutas de atención existentes, orientándolas respecto al acceso a los programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud, consultas, controles y demás servicios requeridos según el curso de vida y las necesidades identificadas.<br>9. Durante las visitas domiciliarias se realizó la verificación de los esquemas de vacunación de la población infantil intervenida, revisando los carnés de vacunación con el fin de identificar el estado de inmunización de los niños. Cuando se evidenciaron esquemas incompletos o la necesidad de dosis pendientes, se brindó orientación a los cuidadores sobre la importancia de completar el esquema de acuerdo con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y se promovió la asistencia oportuna a los servicios de vacunación.<br>10. Durante el período reportado no se realizó la toma de muestras de laboratorio en la población intervenida. En consecuencia, las acciones desarrolladas por el equipo se enfocaron en actividades de caracterización, educación para la salud, elaboración de planes de cuidado, inducción a la demanda y demás intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad contempladas para el microterritorio.<br>11. Durante las jornadas de intervención en el microterritorio no se identificaron gestantes, puérperas ni madres en período de lactancia que requirieran orientación o acompañamiento en relación con la promoción y el apoyo a la lactancia materna. Por lo tanto, no fue posible desarrollar esta actividad durante el período reportado.<br>12.Durante el período reportado se realizó la digitalización oportuna de los instrumentos de caracterización, planes de cuidado diligenciados en |

campo, garantizando el registro de la información en la herramienta establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la ESE Hospital. Esta actividad permitió asegurar la disponibilidad, trazabilidad y calidad de los registros generados durante las intervenciones realizadas en el microterritorio.

13. Durante el período reportado se promovió la participación social y comunitaria mediante la convocatoria e interacción permanente con los habitantes del barrio Payuco y sus líderes comunitarios.

14. Se dio cumplimiento a las actividades establecidas en el cronograma mensual y se asistió a las reuniones programadas por el supervisor. Únicamente no fue posible asistir a una de ellas debido a un quebranto de salud; no obstante, se realizó la actualización de la información tratada en dicha reunión, manteniéndose al día con las directrices, lineamientos y actividades asignadas para el desarrollo de las funciones

**BALANCE TÉCNICO DEL CONTRATO**

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN TÉCNICA DEL CONTRATO % **25%**

**CONCEPTO DE SUPERVISIÓN**

**EJECUCIÓN TÉCNICA:** El contratista cumplió con las obligaciones y/o requerimientos durante la interventoría del **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 137-PS-2026-SUB-ADM-EBS** de acuerdo a las especificaciones definidas en el contrato suscrito con la ESE Hospital de la Ceja– Antioquia.

**CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN PARA EL PAGO**

El contratista cumplió a cabalidad y en el tiempo pactado con el objeto y las obligaciones contratadas durante el periodo presentado, por lo tanto, se autoriza el pago correspondiente del documento equivalente No. 001 por el valor de **$ 2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL),** que obedece a la entrega del informe de interventoría del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS **No.137-2026-SUB-ADM-EBS.**

**OBSERVACIONES**

- Se revisó informe de actividades específico del contratista el cual se encuentra anexo en este folio.
- El contratista adjunta constancia de pago de la seguridad social del periodo supervisado
- El contratista cumplió con responsabilidad y adecuado desempeño la totalidad de las actividades establecidas en el CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS **No. 137-PS-2026-SUB-ADM-EBS.**

En constancia de lo anterior el supervisor del contrato firma el mes de 01 de julio de 2026.

**MARIA JANETH GAVIRIA CHICA**
**SUPERVISORA**

# CUENTA POR PAGAR

**Consecutivo:** 28220 **Factura:** DSE0000003447 **Estado:** Confirmado
**Tercero:** CédulaCiudadanía 1003715775 KAREN MISHELIS CUADRADO GALVIS
**Proveedor:** 1003715775 - KAREN MISHELIS CUADRADO GALVIS
**Fecha:** 06/07/2026 **Fecha Vencimiento:** 01/07/2026 **Plazo:** 0 Días
**Cuenta:** 24905501 - SERVICIOS
**Obligación:** **1016** **Valor:** $ 2.375.000,00
**Valor: DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**
**Observaciones:** PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA EBS EN EL MUNICIPIO DE LA CEJA DEL 1 AL 30 DE JUNIO DE 2026, SEGUN CONTRATO

**CONCEPTOS**

| Concepto | | Cuenta | Centro | Naturaleza | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 204 | SERVICIOS EBS | 58909007 | 7315 | Debito | $ 2.500.000,00 |
| 009 | ESTAMPILLA PRO-ADULTO MAYOR | 24072202 | | Credito | $ 75.000,00 |
| 010 | ESTAMPILLA PRO-CULTURA | 24072203 | | Credito | $ 25.000,00 |
| 019 | RETEICA 10X1000 | 24362705 | | Credito | $ 25.000,00 |

**CUOTAS**

| No. Cuota | Fecha Vencimiento | Valor |
|---|---|---|
| 1 | 01/07/2026 | $ 2.375.000,00 |
| | **Total Cuotas:** | $ 2.375.000,00 |

**E.S.E. HOSPITAL DE LA CEJA**
**890980758**

# ORDEN DE PAGO

Estado : Confirmado

Consecutivo : 812
Fecha : 08/07/2026
Tercero: 1003715775 KAREN MISHELIS CUADRADO GALVIS
Documento: 000000000057343
Detalle : Generada por Egreso Nro.000000000057343 (Factura:DSE0000003447)

**RUBROS**

| Disponibilidad | Compromiso | Obligacion | Código | Nombre | Recurso | Tipo de Gasto | Valor | Debito | Credito | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 390 | 519 | 1016 | 2.3.2.02.02.009.1 | EBS URBANOS | 01 - RECURSOS PROPIOS | 02 - FUNCIONAMIENTO | $ 2.500.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 2.500.000,00 |

**Total Orden de Pago :** **$ 2.500.000,00** **$ 2.500.000,00**

**TESORERO**
1040045700 - JENNY GAVIRIA HENAO



LICENCIADO A: E.S.E. HOSPITAL DE LA CEJA] NIT [890980758-7]

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Emp.social Del Etdo - Nit: 890980758
Miércoles, 08 de julio de 2026, 1:04:38 p.m.

Número del registro
11

Nombre del destinatario
Karen Galvis Cuadr

Producto destino
266 - 8333 - 85

Banco
Bancolombia

Estado del pago
Exitoso

Descripción
Pago exitoso y abonado en cuenta bancolombia.

Fecha de aplicación
08 Jul 2026

Identificación destinatario
1003715775

Tipo de producto
Cuenta de ahorros

Valor
COP $ 2.375.000,00

Código
OKA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP: 181.129.101.101