INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA No. EBS-053-2026

TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
CONTRATO No. Y FECHA:	EBS-053-2026 19-08-2026
CONTRATISTA:	EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ
Nit o C.C. No.	CC 46375639 de Sogamoso
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA No.2 PARA CONFORMAR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD No. 7, QUE ORIENTARÁ EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL BASADA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN EL MUNICIPIO DE MÁLAGA – SANTANDER, SEGÚN RESOLUCIÓN 696 DE 2025 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.
VALOR INICIAL:	$7.500.000
VALOR ADICIONAL:	N/A
FECHA DE INICIO:	22 DE AGOSTO 2026
FECHA DE FINALIZACIÓN:	21 DE NOVIEMBRE 2026
SUPERVISOR:	ZAYDA MILENA PEREIRA GUTIERREZ
OFICINA GESTORA:	SUPERVISOR (E) resolución según 102 del 31 de octubre de 2026.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP)					
No.	449	**Fecha:**	15/08/2026	**Valor:**	$7.500.000

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL					
No.	437	**Fecha:**	20/08/2026	**Valor:**	$7.500.000

VALOR A PAGAR:	**$ 2.500.000**	**No. de cobros realizados:**	**2**	**De**	**3**

Periodo de Pago:	**Desde:**	22/09/2026	**Hasta:**	21/10/2026

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA

ITEM	OBLIGACIONES	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIAS
1.	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES MENSUAL. SOPORTE DE ENTREGA: CRONOGRAMA MENSUAL CARGADO EN ONEDRIVE.	SE REALIZA CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL MES DE SEPTIEMBRE - OCTUBRE.	**ANEXO N°01** PANTALLAZO DE CRONOGRAMA SEPTIEMBRE Y OCTUBRE  ADICIONALMENTE ADJUNTE LA EVIDENCIA EN MEDIO DIGITAL EN UN CD MARCADA EN LA OBLIGACIÓN N 01
2.	REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE MAPEO Y CARTOGRAFÍA SOCIAL DE LOS TERRITORIOS DE MICROTERRITORIO MANZANA 63 A LA 82 BARRIOS LOS LIBERTADORES, LA ESMERALDA, LOS ALPES, LA FLORESTA, MICROTERRITORIO	SE REALIZA ACTUALIZACIÓN DE MAPEO Y CARTOGRAFÍA DEL TERRITORIO 02, MICROTERRITORIO 06 CORRESPONDIENTE MANZANA	**ANEXO N°02** MATRIZ DE RECONOCIMIENTO DE, INFORME DE ABORDAJE MICROTERRITORIO N°6

ITEM	OBLIGACIONES	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIAS
	ASODEMA, RICAUTE, SANTA MARIA, EL BOSQUE, CEDRAL Y MIRCOTERRITORIO MANZANA 125 A LA 135 BARRIOS UNIÓN, CASTILLA REAL DE ABORDAJE DE ACUERDO CON LAS ALERTAS Y NECESIDADES EN SALUD Y SOCIALES CON LAS COMUNIDADES DE CADA MICROTERRITORIO. SOPORTE DE ENTREGA: MAPA ACTUALIZADO EN FÍSICO Y DIGITAL.		 ADICIONALMENTE ADJUNTE LA EVIDENCIA EN MEDIO DIGITAL EN UN CD MARCADA EN LA OBLIGACIÓN N 02
3.	REALIZAR ATENCIONES INDIVIDUALES A LA POBLACIÓN EN EL MUNICIPIO, DENTRO DE SU COMPETENCIA Y DE ACUERDO CON LO CONTENIDO EN LA RESOLUCIÓN 3280, ASÍ COMO LAS DIRECTRICES DADAS DESDE LA E.S.E EN EL MARCO DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS COMO: IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS CUIDADORES Y DETERIORANTES Y DE CONDICIONES EN SALUD / INFORMACIÓN EN SALUD / EDUCACIÓN PARA LA SALUD / TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO / VACUNACIÓN. SOPORTE DE ENTREGA: INFORME MENSUAL CONSOLIDADO DE LAS ATENCIONES REALIZADAS.	SE REALIZA ATENCIÓN INDIVUAL A LAS FAMILIAS DE LA MANZANA 125 A LA 135 BARRIO UNIÓN, HACIENDO SEGUIMIENTO Y VERIFICANDO LAS CONDICIONES DE SALUD. BRINDANDO EDUCACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO Y PREVENCIÓN EN SALUD, / INFORMACIÓN EN SALUD / EDUCACIÓN PARA LA SALUD / TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO / VACUNACIÓN.	**ANEXO N°03** INFORME DE ACTIVIDADES, REGISTRO DE SIGNOS VITALES, REGISTRO DE EDUACIÓN Y REGISTRO FOTOGRAFICO.  ADICIONALMENTE ADJUNTE LA EVIDENCIA EN MEDIO DIGITAL EN UN CD MARCADA EN LA OBLIGACIÓN N 03
4.	PARTICIPAR EN EL DISEÑO, CONCERTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO PARA CADA UNA DE LAS FAMILIAS INTERVENIDAS APLICANDO LAS SIGUIENTES FASES: 1. IDENTIFICACIÓN DE CAPACIDADES Y CONDICIONES DE SALUD (FAMILIA / INTEGRANTES DE LA FAMILIAS / ENTORNOS). 2. CONCERTACIÓN. (IDENTIFICACIÓN CONJUNTA DE PRÁCTICAS DE CUIDADO Y PRIORITARIAS / DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LOGROS). 3. IMPLEMENTACIÓN. (ATENCIONES / ACCIONES DE GESTIÓN). 4. SEGUIMIENTO. (LOGROS Y ACUERDOS CON LA FAMILIA / ATENCIONES / ACCIONES DE GESTIÓN / NOVEDADES). SOPORTES DE ENTREGA: PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL/FAMILIAR DILIGENCIADO. REGISTRO DE SEGUIMIENTO POR FASES.	SE REALIZO IMPLEMANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO CON LAS FAMILIAS DEL T2, MT 06 MANZANA 125 A LA 135 BARRIO UNIÓN, QUE HAN SIDO INTERVENIDOS POR LOS PROFESIONALES DE ACUERDO A SUS NECESIDADES.	**ANEXO N°04** PANTALLAZO DRIVE PLANES DE CUIDADO REGISTRO FOTOGRAFICO.  ADICIONALMENTE ADJUNTE LA EVIDENCIA EN MEDIO DIGITAL EN UN CD MARCADA EN LA OBLIGACIÓN N 04
5.	REALIZAR EL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE LAS PRIORIDADES DE RESPUESTA INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA POR EDAD, SEXO-GENERO, ETNIA, ENTRE OTRAS CARACTERÍSTICAS PERTINENTES Y POR MICROTERRITORIO ASIGNADO EN LAS UNIDADES DE ANÁLISIS. SOPORTES DE ENTREGA: INFORME Y/O ACTA DE UNIDAD DE ANÁLISIS SEMANAL DE PRIORIDADES SEGÚN VARIABLES SALUD, DEMOGRÁFICAS Y TERRITORIALES.	SE REALIZA APOYO AL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE LAS PRIORIDADES DE RESPUESTA INDIVUAL, FAMILIAR, COMUNITARIO POR EDAD, SEXO-GENERO, ETNIA, ENTRE OTRAS CARACTERÍSTICAS PERTINENTES AL MICROTERRITORIO 06 MANZANA 125 A LA 135 BARRIO UNIÓN . EN LAS UNIDADES DE ANÁLISIS.	**ANEXO N°05** UNIDAD DE ANALISIS N° 1  ADICIONALMENTE ADJUNTE LA EVIDENCIA EN MEDIO DIGITAL EN UN CD MARCADA EN LA OBLIGACIÓN N 05
6.	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 COMPLEMENTARIO Y TELEMEDICINA). SOPORTES DE ENTREGA: REGISTROS DE CANALIZACIÓN Y REMISIÓN DOCUMENTADAS. SEGUIMIENTO A PRESTACIÓN EFECTIVA DEL SERVICIO.	SE REALIZA CANALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO A CADA UNA DE LAS FAMILIAS DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS	**ANEXO N°06** FORMATO DE CANALIZACIÓN REGISTRO FOTOGRAFICO.  ADICIONALMENTE ADJUNTE LA EVIDENCIA EN MEDIO DIGITAL EN UN CD MARCADA EN LA OBLIGACIÓN N 06
7.	CARACTERIZACIÓN SOCIO-AMBIENTAL, INDIVIDUAL Y FAMILIAR EN EL MICROTERRITORIO, EN LAS CASAS Y/O GRUPOS FAMILIARES QUE NO HAN SIDO CARACTERIZADOS ANTERIORMENTE. SOPORTE DE ENTREGA: CARACTERIZACIÓN, IDENTIFICACIÓN DE SITUACIÓN DE SALUD E IMPLEMENTACIÓN DE INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN FAMILIAR.	**NO APLICA PARA ESTE PERIODO**	**NO APLICA PARA ESTE PERIODO**
8.	INFORMAR EN LA COMUNIDAD LAS ACCIONES	SE DIVULGO A LA COMUNIDAD	**ANEXO N°08** FLAYER.

ITEM	OBLIGACIONES	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIAS
	QUE DESARROLLARÁN LOS EQUIPOS A TRAVÉS DE MEDIOS Y HERRAMIENTAS COMUNICATIVAS. SOPORTE DE ENTREGA: PLAN DE DIVULGACIÓN COMUNITARIA CON FECHAS, CANALES Y MENSAJES CLAVES, REGISTRO DE MEDIOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS.	POR MEDIO DE CUÑA RADIAL Y POR MEDIO DE FLAYER A PARTICIPAR CON EL PROCESO DE CARACTERIZACION Y SEGUIMIENTO A LAS FAMILIAS DEL BARRIO UNIÓN, CANALIZANDO LO USUARIOS DE ACUERDO A SU EDAD, CON SERVICIOS DE CONSULTA MEDICA GENERAL, ENFERMERIA, PSICOLOGIA, TOMA DE LABORATORIOS Y VACUNCACION.	 ADICIONALMENTE ADJUNTE LA EVIDENCIA EN MEDIO DIGITAL EN UN CD MARCADA EN LA OBLIGACIÓN N 08
9.	GESTIONAR EL TRASLADO A INSTITUCIONES DE SALUD DE PERSONAS QUE REQUIEREN REMISIÓN URGENTE A PARTIR DE LO IDENTIFICADO EN LA ATENCIÓN EN SALUD. SOPORTES DE ENTREGA: REGISTRO DE REMISIONES Y/O CASOS PRIORIZADOS. SOPORTES DE GESTIÓN (LLAMADAS, AUTORIZACIONES, EMAIL).	DURANTE EL PERIODO INFORMADO NO SE PRESENTARON CASOS DE REMISIÓN URGENTE.	• NO APLICA PARA ESTE PERIODO
10.	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 DE SÍ MISMO, DE LOS DEMÁS Y DE SU ENTORNO SOPORTES DE ENTREGA: REGISTROS DE EDUCACIÓN REALIZADAS. MATERIAL EDUCATIVO ENTREGADO.	SE REALIZO EDUCACIÓN SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA, RUTAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, PORTAFOLIO DE SERVICIOS, PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, SIGNOS DE ALARMA EN LOS MENORES DE 5 AÑOS, ENTRE OTRAS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES ENCONTRADAS EN CADA HOGAR.	**ANEXO N°10** FORMATO DE EDUCACIÓN Y REGISTRO FOTOGRAFICO.  ADICIONALMENTE ADJUNTE LA EVIDENCIA EN MEDIO DIGITAL EN UN CD MARCADA EN LA OBLIGACIÓN N 10
11.	INFORMAR A LAS FAMILIAS SOBRE EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE SALUD DE OTROS SECTORES DE ACUERDO CON SUS NECESIDADES. SOPORTES DE ENTREGA: EVIDENCIA DE ENTREGA DE INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS.	SE REALIZO EDUCACIÓN SOBRE PORTAFOLIO DE SERVICIOS.	**ANEXO N°11** PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y REGISTRO FOTOGRAFICO.  ADICIONALMENTE ADJUNTE LA EVIDENCIA EN MEDIO DIGITAL EN UN CD MARCADA EN LA OBLIGACIÓN N 11
12.	LIDERAR LA CANALIZACIÓN A LA OFERTA EN SERVICIOS BRINDADA POR OTROS SECTORES EN EL TERRITORIO CONFORME A LAS PRIORIDADES Y NECESIDADES SOCIALES DE SALUD IDENTIFICADAS. SOPORTES DE ENTREGA: REGISTRO DE CANALIZACIONES INTERSECTORIALES Y SEGUIMIENTO.	SE REALIZO CANALIZACIÓN A LOS SERVICIOS BRINDADOS POR OTROS SECTORES EN EL TERRITORIO CONFOME A LAS PRIORIDADES Y NECESIDASES SOCIALES DE SALUD IDENTIFICADAS.	**ANEXO N°12** BASE DE DATOS CANALIZACIÓN, FORMATO DE CANALIZACIÓN Y REGISTRO *FOTOGRAFICO.*  *ADICIONALMENTE ADJUNTE LA EVIDENCIA* EN MEDIO DIGITAL EN UN CD MARCADA EN LA OBLIGACIÓN N 12
13.	DIGITALIZAR LOS INSTRUMENTOS QUE SEAN DILIGENCIADOS DE FORMA MANUAL EN LA HERRAMIENTA QUE DEFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA TAL FIN. SOPORTES DE ENTREGA: COPIAS DIGITALES EN PLATAFORMA ASIGNADA. LISTADO DE DOCUMENTOS DIGITALIZADOS. (CARGUE DRIVE).	.SE DIGITALIZO LOS INSTRUMENTOS QUE SEAN DILIGENCIADOS DE FORMA MANUAL EN LA HERRAMIENTA QUE DEFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.	**ANEXO N°13** LINK DE DRIVE ONE https://drive.google.com/drive/folders/14-a-EAd6wrXvF9103wOHixHWnDO4IN0a  ADICIONALMENTE ADJUNTE LA EVIDENCIA EN MEDIO DIGITAL EN UN CD MARCADA EN LA OBLIGACIÓN N 13

ITEM	OBLIGACIONES	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIAS
14.	CONVOCAR, IMPLEMENTAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO A ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y POPULAR POR CADA UNA DE LAS VEREDAS – BARRIOS Y MICRO TERRITORIOS ABORDADOS POR EL EQUIPO. SOPORTES DE ENTREGA: ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA Y REGISTROS FOTOGRÁFICOS POR ESPACIO *REALIZADO.*	SE REALIZA INFORME DE ABORDAJE CON LA COMUNIDAD DEL TERRITORIO 2 MICROTERRITORIO 6 EL DIA 3 DE SEPTIEMBRE DE 2026 DONDE SE HACE PRESENTACIÓN DEL EQUIPO Y LAS ACTIVIDADES QUE SE VAN A REALIZAR.	**ANEXO N°14** INFORME DE ABORDAJE TERRITORIO 2 *MICROTERRITORIO 6 BARRIO UNIÓN*  ADICIONALMENTE ADJUNTE LA EVIDENCIA EN MEDIO DIGITAL EN UN CD MARCADA EN LA OBLIGACIÓN N 14
15.	DIGITALIZAR DE FORMA ORGANIZADA LOS INFORMES Y DOCUMENTACIÓN (ARCHIVO FÍSICO) CORRESPONDIENTE AL TERRITORIO ASIGNADO Y ENTREGAR EL ARCHIVO FÍSICO ORGANIZADO Y FOLIADO SEGÚN AGN. SOPORTES DE ENTREGA: CARPETA DIGITAL Y ARCHIVO FÍSICO FOLIADO SEGÚN AGN CON ACTA DE ENTREGA AL FINALIZAR EL CONTRATO.	NO APLICA PARA ESTE PERIODO	NO APLICA PAR ESTE PERIODO
16.	PARA CADA CUENTA SE DEBE TENER EL VISTO BUENO DE LA OFICINA DE SISTEMAS (INGENIERO DE SISTEMAS) CONFIRMANDO EL CARGUE DE LA INFORMACIÓN EN LAS RESPECTIVAS *PLATAFORMAS. SOPORTE DE ENTREGA: PAZ Y* SALVO FIRMADO POR LA OFICINA DE SISTEMAS.	ENTREGA DEL VISTO BUENO DE LA OFICINA DE SISTEMA GENERADO EN EL MES DE FEBRERO – MARZO.	**ANEXO N°16** CERTIFICADO VISTO BUENO OFICINA DE SISTEMAS  ADICIONALMENTE ADJUNTE LA EVIDENCIA EN MEDIO DIGITAL EN UN CD MARCADA EN LA OBLIGACIÓN N 16
17.	AL FINALIZAR EL PROGRAMA CADA JEFE EBS DEBE HACER ENTREGA DE TODOS LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS Y TABLET, EQUIPOS QUE FUERON ENTREGADOS PARA LA INTERVENCIÓN COLECTIVA DE LA POBLACIÓN, ESTOS EQUIPOS DEBEN ESTAR EN BUENAS CONDICIONES, SI PRESENTAN ALGUNA ANOMALÍA EL RESPONSABLE DEL MISMO DEBERÁ REPONERLO. SOPORTE DE ENTREGA: PAZ Y SALVO FIRMADO POR ALMACÉN.	NO APLICA PARA ESTE PERIODO	NO APLICA PARA ESTE PERIODO
18.	SE DEBE PRESENTAR UNA CERTIFICACIÓN POR PARTE DEL LÍDER DEL GRUPO PARA REALIZAR EL RESPECTIVO INFORME POR PARTE DEL SUPERVISOR. SOPORTE DE ENTREGA: CERTIFICADO POR LA JEFE LÍDER DEL EQUIPO.	*CERTIFICACIÓN DE LAS* ACTIVIDADES REALIZADAS.	**ANEXO N°18** CERTIFICADO EMITIDO POR LA LIDER DEL GRUPO  ADICIONALMENTE ADJUNTE LA EVIDENCIA EN MEDIO DIGITAL EN UN CD MARCADA EN LA OBLIGACIÓN N 18
19.	PARA LA ENTREGA DE LAS EVIDENCIAS DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, EL INFORME DEBE CONTENER EL DETALLE COMPLETO DE LA EJECUCIÓN DEL PERIODO, DATOS ESTADÍSTICOS, REGISTRO FOTOGRÁFICO, CUENTA DE COBRO. SOPORTE DE ENTREGA: ESTA INFORMACIÓN DEBE SER ENTREGADA EN *FÍSICO Y EN MEDIO MAGNÉTICO CD.*	SE REALIZA INFORME CON DETALLE COMPLETO DE LA EJECUCIÓN DEL PERIODO, DATOS ESTADÍSTICOS, REGISTRO FOTOGRÁFICO, CUENTA DE COBRO. SOPORTE DE ENTREGA.	**ANEXO N°19** ACTA DE PAGO N°1, CUENTA DE COBRO N°1, INFORME DE ACTIVIDADES Y FORMATO DE COSTOS Y DEDUCCIONES.  ADICIONALMENTE ADJUNTE LA EVIDENCIA EN MEDIO DIGITAL EN UN CD MARCADA EN LA OBLIGACIÓN N 19
20.	ADICIONALMENTE, SE DEBE ADJUNTAR SOPORTE DEL PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE AL PERIODO. SOPORTE DE ENTREGA: PLANILLA DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL.	SE ENTREGA SOPORTE DE PAGO DEL MES *CORRESPONDIENTE.*	**ANEXO N°20** SOPORTE DE PAGO DE SEGURIDAD DE *SOCIAL MES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE.*

ITEM	OBLIGACIONES	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIAS
			 ADICIONALMENTE ADJUNTE LA EVIDENCIA EN MEDIO DIGITAL EN UN CD MARCADA EN LA OBLIGACIÓN N 20
21.	PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES QUE PROGRAME LA E.S.E., SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, DEPARTAMENTAL O MINISTERIO PARA EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DE LOS EBS (PARTICIPAR DE LAS CAPACITACIONES) EN MODALIDAD PRESENCIAL O VIRTUAL. SOPORTES DE ENTREGA: REGISTRO DE ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRÁFICO.	SE PARTICIPO EN CADA UNAS DE LAS CAPACITACIONES BRINDADAS POR LA E.S.E PARA EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DE EBS	**ANEXO N°20** **EVIDENCIA FOTOGRAFICA DE CAPACITACIONES**  ADICIONALMENTE ADJUNTE LA EVIDENCIA EN MEDIO DIGITAL EN UN CD MARCADA EN LA OBLIGACIÓN N 21

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y OBLIGACIONES TRIBUTARIAS:

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 1	MES 2
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
	Fecha de pago	05-10-2026	03-11-2026
	N° de Planilla	4668737273	4669101720
	Ingreso Base de Cotización	1.750.905	1.750.905
	Valor cotizado	218.900	218.900
	EPS	SALUD TOTAL	SALUD TOTAL
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
	Fecha de pago	05-10-2026	03-11-2026
	N° de Planilla	4668737273	4669101720
	Ingreso Base de Cotización	1.750.905	1.750.905
	Valor cotizado	280.200	280.200
	Fondo de Pensiones	PORVENIR	PORVENIR
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
	Fecha de pago	05-10-2026	03-11-2026
	N° de Planilla	4668737273	4669101720
	Ingreso Base de Cotización	1.750.905	1.750.905
	Valor cotizado	42.700	42.700
	A.R.L.	POSITIVA	POSITIVA
PARAFISCALES	SENA	N.A	N.A
	I.C.B.F.	N.A	N.A
	Caja de Compensación	N.A	N.A

Se firma para tramite de pago, a los 03 días del mes de noviembre de 2026.

Firma del Contratista
Nombre: EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ
C.C. No. 46.375.639
Correo electrónico: erocru18@gmail.com
Teléfono de contacto: 3105812732

CERTIFICADO

Yo, **JENNY FERNANDAN ANAYA DELGADO,** enfermera del equipo básico No 7 de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira.

Certifico que **EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ identificada** con cédula de ciudadanía No 46.3375.639, con cargo de *AUXILIAR DE ENFERMERIA N° 2* del Equipo Básico de Salud No 7 de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira realizó a satisfacción el Fortalecimiento de la Gestión Territorial en Atención Primaria en Salud (APS), en el periodo comprendido entre el 22 de septiembre a 21 de octubre de 2026.

En constancia de lo anterior se firma a los (28) días del mes de octubre de dos mil veintiséis (2026)

Jenny Fernanda Anaya Delgado

JENNY FERNANDA ANAYA DELGADO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO Hospital Regional De García Rovira Málaga – Santander COD PRES: 6843200796 NIT. 900.067.169-9	FORMATO PAZ Y SALVO EQUIPOS BASICOS	
	CODIGO	M-GV-FTO-09
	VERSIÓN	1
	FECHA	30/07/2025
	PAG	1 de 1

N° DE CONTRATO	EBS-053-2026	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA No. 2 PARA CONFORMAR EL EQUIPO BASICO DE SALUD No.7, QUE ORIENTARÀ EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÒN TERRITORIAL BASADA EN ATENCIÒN PRIMARIA EN SALUD (APS), EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÒN DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN EL MUNICIPIO DE MÀLAGA-SANTANDER, SEGÚN RESOLUCIÒN 696 DE 2025 EXPEDIDA POR EL MINISTERIOR DE SALUD PROTECCION SOCIAL	
FECHA FIRMA PAZ Y SALVO	28 DE OCTUBRE DE 2026	
PERIODO	22 DE SEPTIEMBRE DE 2026 HASTA 21 DE OCTUBRE 2026	
AREA	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FIRMA
SISTEMAS	Juan David Rojas	
JEFE LIDER DE EQUIPO	Jenny Fernanda Anaya Delgado	
ALMACEN		
COCINA	Adriana Carvajal	
CAFETERIA	Leidy Milena Joya Prado	

FIRMA CONTRATISTA

ACTA DE PAGO No. 02

TIPO DE CONTRATO	**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION**
CONTRATO No. Y FECHA	**EBS-053-2026 22-08-2026**
CONTRATANTE	**ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA** NIT: 900.067.169-9 R/L: **CESAR AUGUSTO BECERRA CORREA** GERENTE
CONTRATISTA	**EDITH ROCIO CÁRDENAS RUIZ**
C.C. No.	CC. 46.375.639 expedida en Sogamoso-Boyacá.
OBJETO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA No. 2 PARA CONFORMAR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD No. 7, QUE ORIENTARÁ EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL BASADA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN EL MUNICIPIO DE MÁLAGA – SANTANDER, SEGÚN RESOLUCIÓN 696 DE 2025 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.**
PLAZO DE EJECUCION	TRES (3) MESES
VALOR	SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($7.500.000)
PERIODO	**DEL 22 DE SEPTIEMBRE HASTA EL 21 DE OCTUBRE 2026**

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP)					
No.	449	Fecha:	15/08/2026	Valor:	$ 7.500.000

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL					
No.	437	Fecha:	20/08/2026	Valor:	$ 7.500.000

OBSERVACIONES:

LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, suscribió el contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión No EBS 053-2026, con la señora EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ, identificada con número de cédula 46375639 de Sogamoso

1. Que, mediante informe de supervisión No. 02, se expresa que el objeto del contrato N° EBS 053-2026, se ha ejecutado a satisfacción y de conformidad por el contratista, según lo relacionado en el informe de actividades No. 02 por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.500.000).

2. Que la respectiva supervisión esta soportada mediante el informe de actividades No. 02 valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.500.000) emitida por el contratista, de acuerdo con los servicios prestados

DESARROLLO DEL CONTRATO:

DETALLE DEL PAGO

DETALLE	DEBITO	CREDITO
VALOR PAGO 02	$2.500.000	
Valor consignado cuenta bancaria		$2.500.000
VALOR TOTAL	$2.500.000	$2.500.000

BALANCE ECONOMICO

DETALLE	VALOR CONTRATO	PAGOS
VALOR DEL CONTRATO EBS 053-2026	$7.500.000	
ACTA DE PAGO 1		$2.500.000
ACTA DE PAGO 2		$2.500.000
SALDO POR EJECUTAR		$2.500.000
Sumas iguales	$7.500.000	$7.500.000

Dado en Málaga, a los (03) días del mes de noviembre de 2026.

EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ
CONTRATISTA

DR. CÉSAR AUGUSTO BECERRA CORREA
GERENTE

DRA. ZAYDA MILENA PEREIRA GUTIERREZ
SUPERVISOR (E)

Elaborado por: Yanira Alexandra Peñaranda – Apoyo de Gerencia	*Fecha:* 03-11-2026	*Firma:*
Revisado por: Javier Dalet Lozano – Apoyo a la Sub Gerencia de Servicios	*Fecha:* 03-11-2026	*Firma:*
Aprobado por: Dr. César Augusto Becerra Correa – Gerente	*Fecha:* 03-11-2026	*Firma:*

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46375639
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MALAGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CR 23 2 - 76	TELÉFONO:	6616839
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de apoyo terapéutico.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - EDITH CARDENAS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4669101720**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/11/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9998508100

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

¿Qué vas a consultar hoy?

Aquí puedes explorar las planillas disponibles para pago, revisar tus comprobantes de pago y acceder a certificados por cotizante. Elige la opción que necesitas:

Los campos marcados con * son obligatorios para garantizar la información esencial.

Datos del aportante:

Tipo de documento *

Cédula de ciudadanía

No. de documento *

46375639

Planillas disponibles para pago | Soportes de pago | Certificados por cotizante

Esta opción te permite generar los soportes de pago de tus planillas, creadas a través de nuestros canales de asesoría ó el portal transaccional, pagadas en puntos presenciales ó a través de PSE.

No. de planilla *

4669101720

Administradora de riesgos *

14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

☐ No Cotizo ARL

Buscar

Tus resultados:

No. Planilla	Tipo planilla	Estado	Forma de presentación	Periodo liquidado	Enviar comprobante de pago	Soporte de pago
4669101720	I	PAGADA	SUCURSAL	2026-10		

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46375639
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MALAGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CR 23 2 - 76	TELÉFONO:	6616636
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de apoyo terapéutico.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - EDITH CARDENAS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4868737273	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/10/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9998288703

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 216.900
SUBTOTALES:													$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 216.900

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

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP								CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
N°	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	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 46375639	CARDENAS RUIZ EDITH ROCIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.750.905	$ 216.900	$ 0	$ 216.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S A	30	$ 1.750.905	$ 46375639	$ 42.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 46375639

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	46375639
Ciudad/Municipio	MALAGA	Departamento	SANTANDER
Dirección	CR 23 2 - 76	Teléfono	6616839
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Actividades de apoyo terapéutico.
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO	Sucursal/Dependencia	001 - EDITH CARDENAS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**4669101720**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	octubre / 2026	Periodo Cotización Salud	octubre / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/11/03
Número Autorización	9998508100		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	EDITH ROCIO	Apellidos	CARDENAS RUIZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	46375639
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	SANTANDER	Municipio	MALAGA
Salario Básico	$ 1.750.905	Tipo de Salario	

NOVEDADES

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

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.750.905
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 280.200
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 280.200**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS002-SALUD TOTAL
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 1.750.905
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 218.900
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 218.900**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	III	IBC	$ 1.750.905
Centro de Trabajo	46375639	Tarifa	2,436 %
		Total Aporte	**$ 42.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 541.800**

Planilla Pagada

¿Qué vas a consultar hoy?

Aquí puedes explorar las planillas disponibles para pago, revisar tus comprobantes de pago y acceder a certificados por cotizante. Elige la opción que necesitas:

Los campos marcados con * son obligatorios para garantizar la información esencial.

Datos del aportante:

Tipo de documento *

Cédula de ciudadanía

No. de documento *

46375639

Planillas disponibles para pago | Soportes de pago | Certificados por cotizante

Esta opción te permite generar los soportes de pago de tus planillas, creadas a través de nuestros canales de asesoría ó el portal transaccional, pagadas en puntos presenciales ó a través de PSE.

No. de planilla *

4668737273

Administradora de riesgos *

14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

☐ No Cotizo ARL

Buscar

Tus resultados:

No. Planilla	Tipo planilla	Estado	Forma de presentación	Periodo liquidado	Enviar comprobante de pago	Soporte de pago
4668737273	I	PAGADA	SUCURSAL	2026-09		

Act
Ve a

Banco Popular

Certifica

Que **Edith Rocio Cardenas Ruiz**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía Nro. **46375639** es titular de la **Cuenta de Ahorros** Nro. **500808092545** y a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido en el contrato.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a :
A quien pueda interesar a los 2 días del mes de noviembre del año 2026.

Atentamente,

Banco Popular S.A.

Documento sin firma

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

OK.

Día	Mes	Año
03	11	2026

E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA MALAGA – SANTANDER

NIT 9000067169-9

DEBE A:

Nombre: EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ	**CC: 46375639**
Dirección: CARRERA 9 N° 8 – 88	**Municipio/Departamento**
Teléfono: 3105812732	Málaga – Santander
Por concepto de: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA No. 2 PARA CONFORMAR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD No. 7, QUE ORIENTARÁ EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL BASADA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN EL MUNICIPIO DE MÁLAGA – SANTANDER, SEGÚN RESOLUCIÓN 696 DE 2025 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. PERIODO COMPRENDIDO DEL 22 DE SEPTIEMBRE AL 21 DE OCTUBRE DE 2026.	
La suma de: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE	

Valor	Rete fuente	Neto a Pagar:
$ 2.500.000		$2.500.000

Pertenezco al régimen simplificado y/o no soy comerciante

Forma de Pago: Efectivo _____ Consignación _X_

Autorizo se me consigne en la cuenta Ahorros _ No 500-80809254-5 DE BANCO POPULAR

A NOMBRE DE

EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ

Firma del Beneficiario:

CC. 46375.639

000530

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
NO IMPLICA ACEPTACIÓN

06 NOV 2026

VENTANILLA ÚNICA

Rdo. Alexandra P.

INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATO No.EBS 053-2026

1.INFORMACION GENERAL:

Tipo de Contrato:	**PRESTACION DE SERVICIOS**
Fecha Elaboración del Informe:	**04 de noviembre de 2026**
Informe de Supervisión:	**02**
Periodo de Seguimiento:	**22 de septiembre al 21 de octubre de 2026**
Contratista:	**EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ**
C.C:	**46.375.639**
Fecha de inicio:	**22 de agosto de 2026**
Fecha de finalización:	**21 de noviembre de 2026**
Valor del Contrato:	**$ 7.500.000**
Número de CDP y fecha:	**449 del 15 de agosto de 2026**
Número de RP y fecha:	**437 del 20 de agosto de 2026**
Objeto del Contrato:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA No.2 PARA CONFORMAR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD No. 7, QUE ORIENTARÁ EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL BASADA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN EL MUNICIPIO DE MÁLAGA – SANTANDER, SEGÚN RESOLUCIÓN 696 DE 2025 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.**

2. REVISION JURIDICA:

Garantías exigidas: fechas de cobertura: modificaciones si las hay.	
Cumplimiento del contrato	Póliza 400-47-994000115895 expedida el 22 de agosto de 2026 por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.
Calidad del servicio	Póliza 400-47-994000115895 expedida el 22 de agosto de 2026 por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.
Salarios y prestaciones sociales	N/A
Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A
Pago de seguridad social: • Se verifica, copia de Planilla Unificada de Pagos No.4668737273 (septiembre) y N°4669101720 (octubre) al SGSS de Colombia correspondiente al periodo objeto de supervisión.	
Salud:	Planilla No. N°4668737273 (septiembre) y N° 4669101720 (octubre)
Pensión:	Planilla No. N°4668737273 (septiembre) y N° 4669101720 (octubre)
Riesgos profesionales:	Planilla No. N°4668737273 (septiembre) y N° 4669101720 (octubre)
Parafiscales:	N/A
Multas:	N/A

3. REVISION TECNICA:

Descripción del alcance del contrato:

1) Realizar cronograma de actividades mensual Soporte de entrega: cronograma mensual cargado en OneDrive. 2) Realizar actualización de mapeo cartografía social de los territorios Mircroterritorio: Manzana 63 a la 82 barrios los Libertadores, la Esmeralda, los Alpes, la Floresta, Microterritorio Manzana 83 a la 112 barrios los Sauces, Asodema, Ricaute, Santa María, el Bosque, Cedral y Microterritorio Manzana 125 a la 135 Barrios Unión, Castilla Real de abordaje de acuerdo con las alertas y necesidades en salud y sociales con las comunidades de cada microterritorio. Soporte de entrega: Mapa actualizado en físico y digital. 3) Realizar atenciones individuales a la población en el municipio, dentro de su competencia y de acuerdo con lo contenido en la Resolución 3280, así como las directrices dadas desde la E.S.E en el marco de las Redes Integradas De Servicios como: Identificación de procesos cuidadores y deteriorantes y de condiciones en salud / Información en salud / Educación para la salud / toma de muestras de laboratorio / vacunación. Soporte de entrega: informe mensual consolidado de las atenciones realizadas. 4). Participar en el diseño, concertación, implementación y seguimiento del Plan de Cuidado Primario para cada una de las familias intervenidas aplicando las siguientes fases: 1. Identificación de capacidades y condiciones de salud (Familia / Integrantes de la Familias / Entornos). 2. Concertación. (Identificación conjunta de prácticas de cuidado y prioritarias / Definición y alcance de logros). 3. Implementación. (Atenciones / Acciones de Gestión). 4. Seguimiento. (Logros y acuerdos con la familia / Atenciones / Acciones de Gestión / Novedades). Soportes de Entrega: Plan de cuidado individual/familiar diligenciado. Registro de seguimiento por fases. 5) Realizar el proceso de identificación de las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-genero, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio asignado en las unidades de análisis. Soportes de Entrega: Informe y/o acta de unidad de análisis de prioridades según variables salud demográficas y territoriales. 6) 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 complementario y telemedicina). Soportes de Entrega: Registros de canalización y remisión documentadas. Seguimiento a prestación efectiva del servicio. 7) Caracterización socio-ambiental, individual y familiar en el microterritorio, en las casas y/o grupos familiares que no han sido caracterizados anteriormente. Soporte de entrega: Caracterización, identificación de situación de salud e implementación de instrumentos de valoración familiar. 8) Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas. Soporte de entrega: plan de divulgación comunitaria con fechas, canales y mensajes claves, registro de medios y herramientas utilizadas. 9) Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión Urgente a partir de lo identificado en la atención en salud. Soportes de Entrega:	Se revisa los soportes de las actividades realizadas contratadas durante el periodo objeto de esta supervisión.

Registro de remisiones y/o casos priorizados. Soportes de gestión (llamadas, autorizaciones, email). 10) 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 de sí mismo, de los demás y de su entorno Soportes de Entrega: Registros de educación realizadas. Material educativo entregado. 11) Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud de otros sectores de Acuerdo con sus necesidades. Soportes de Entrega: Evidencia de entrega de información a las familias. 12) Liderar la canalización a la oferta en servicios brindada por otros sectores en el Territorio conforme a las prioridades y necesidades Sociales de salud identificadas. Soportes de Entrega: Registro de canalizaciones intersectoriales y seguimiento. 13) Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta Que defina el ministerio de salud y protección social para tal fin. Soportes de Entrega: Copias digitales en plataforma asignada. Listado de documentos digitalizados. (cargue drive). 14) Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas - barrios y Micro territorios abordados por el equipo. Soportes de Entrega: Actas, listados de asistencia y registros fotográficos por espacio realizado. 15) Digitalizar de forma organizada los informes y documentación (archivo físico) correspondiente al Territorio asignado y entregar el archivo físico organizado y foliado según AGN. Soportes de Entrega: Carpeta digital y archivo físico foliado según AGN con acta de entrega al finalizar el contrato. 16) Para cada cuenta se debe tener el visto bueno de la Oficina de Sistemas (Ingeniero de Sistemas) confirmando el cargue de la información en las respectivas plataformas. Soporte de entrega: Paz y salvo firmado por la oficina de sistemas. 17) Al finalizar el programa debe hacer entrega de todos los equipos Biomédicos y Tablet, equipos que fueron entregados para la intervención colectiva de la población, estos equipos deben estar en buenas condiciones, si presentan alguna anomalia el responsable del mismo deberá reponerlo. Soporte de entrega: Paz y salvo firmado por almacén. 18) Se debe presentar una certificación por parte del líder del grupo para realizar el respectivo informe por parte del supervisor. Soporte de entrega: Certificado por la jefe líder del equipo. 19). Para la entrega de las evidencias de las actividades ejecutadas, el informe debe contener el detalle completo de la ejecución del periodo, registro fotografico, cuenta de cobro. Soporte de entrega: esta información debe ser entregada en físico y en medio magnético CD. 20) Adicionalmente, se debe adjuntar soporte del pago de la seguridad social correspondiente al periodo. Soporte de entrega: Planilla de pago seguridad social. 21). Participar en las actividades que programe la E.S.E., secretaria de Salud Municipal, Departamental o Ministerio para el fortalecimiento de capacidades de los EBS (participar de las capacitaciones) en modalidad presencial o virtual. Soportes de Entrega: registro de asistencia y registro fotográfico.	

Descuentos y/o Glosas: No hay descuentos, glosas, ni observaciones adicionales correspondientes al periodo actual de esta supervisión.
Documentos verificados para el pago: • Cuenta de cobro • Se hace revisión de la copia de la planilla de pago de aportes integrales al SGSSS, para el periodo objeto de supervisión • Un CD con las evidencias de las actividades realizadas en cumplimiento del objeto del contrato • Informe de actividades correspondiente al periodo objeto de supervisión **Se realiza la entrega de todos los documentos exigidos contractualmente para la realización de los pagos.**

4. REVISION FINANCIERA:

RUBROS	
2.4.5.02.09.01.03.02.02	**$7.500.000**
TOTAL GENERAL	**$7.500.000**
Valor del contrato:	**$7.500.000**
Valor pagado a la fecha:	**$2.500.000**
Valor de la presente factura o cuenta de cobro:	**$2.500.000**
Descuentos a realizar	**$ 0**
Valor a Pagar después de descuentos	**$2.500.000**
Saldo por ejecutar después del pago del presente período:	**$2.500.000**

5. RADICACION PARA PAGO

FECHA DE ENTREGA	ANEXOS PARA EL PAGO
04 de noviembre de 2026	**Se relacionan los documentos que van a ser anexados al informe de supervisión** • Cuenta de cobro • Se hace revisión de la copia de la planilla de pago de aportes integrales al SGSSS, para el periodo objeto de supervisión • Un CD con las evidencias de las actividades realizadas en cumplimiento del objeto del contrato • Informe de actividades correspondiente al periodo objeto de supervisión • Informe de supervisión

6. QUIEN SUSCRIBE EL INFORME:

Nombre:	**ZAYDA MILENA PEREIRA GUTIERREZ**
Cargo:	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA Supervisora
Firma:	

Elaborado por: Yanira Alexandra Peñaranda E. – Apoyo de Gerencia	Fecha: 04-11-2026	Firma: Alexandra P.
Aprobado por: Zayda Milena Pereira Gutiérrez – Supervisor (E)	Fecha: 04-11-2026	Firma:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO Hospital Regional De García Rovira Málaga – Santander COD PRES: 6843200796 NIT. 900.067.169-9	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA CONTABILIDAD Y PAGOS	
	CODIGO	A-GAF-FTO-12
	VERSION	1
	FECHA	30/09/2025
	PAG	1 de 1

BENEFICIARIO	EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ
CONCEPTO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA No. 2 PARA CONFORMAR EL EQUIPO BASICO DE SALUD No. 7, QUE ORIENTARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTION TERRITORIAL BASADA EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS), EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN EL MUNICIPIO DE MALAGA – SANTANDER, SEGUN RESOLUCION 696 DE 2025, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
PERIODO	DEL 22 DE SEPTIEMBRE DE 2026 AL 21 DE OCTUBRE DE 2026

REQUISITOS PARA CONTABILIZAR					
	DOCUMENTOS	**SI**	**NO**	**NA**	**RESPONSABLE**
FECHA DE RECIBIDO	1. Factura/Cuenta de Cobro/Resolución	X			VB PROFESIONAL UNIVERSITARIO CONTABILIDAD
	2.Documento Equivalente	X			
	3. Verificar Valor No del RP del cual debe hacerse la acusación de los valores.	X			
	4. Entrada a Farmacia o Almacén en el caso de suministros				
	5. Tiquetes de Viaje en caso de Viáticos				
	6. Certificación para Efectos de la Retención	X			
ELABORADO POR	7. Informe de Supervisión/Interventor	X			
	8. Planilla, recibo de pago y certificación pago aportes parafiscales	X			
	9. Rut para contratistas nuevos				
	10. Orden de compra de almacén donde conste el recibido a satisfacción				
	11. Formato de Declaración juramentada primer pago				
	12. Certificación Bancaria primer pago				
	13. Acto administrativo de Asignación de Supervisor				

REQUISITOS PARA PAGO					
	DOCUMENTOS	**SI**	**NO**	**NA**	**RESPONSABLE**
Vo. Bo Supervisor	14. Comprobante de Contabilización de la cuenta	X			CONTABILIDAD
	15. Recibo de Estampillas Departamentales visadas por Contabilidad				BENEFICIARIO
	16. Invitación o citación de entidad Pública/Privada informe de actividades o certificado de permanencia en caso de viáticos				BENEFICIARIO
	17. Acta Inicial o acta final				BENEFICIARIO Y SUPERVISOR

	CARGO	FIRMA
REVISÓ:	Profesional Universitario de Contabilidad	
	Área de Tesorería	
	Subgerente Administrativo	
	Aprobación Gerencia	

GARCIA ROVIRA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA
N.I.T. : 900,067,169 - 9

DEFINITIVA DE PAGO No 949

FECHA: 09/11/2026

A FAVOR DE : CARDENAS RUIZ EDITH ROCIO NIT : 46375639

COMPROMISO : PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA No.02 PARA CONFORMAR EL EQUIPO BASICO DE SALUD No. 7, QUE ORIENTARA EL FORTALENCIMIENTO DE LA GESTION TERRITORIAL BASADA EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS), EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN EL MUNICIPIO DE MALAGA - SANTANDER , SEGUN RESOLUCION 696 DE 2025 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.

REGISTRO PRESUPUESTAL : 437 DEL 20/08/2026

CON CARGO A LOS SIGUIENTES RUBROS :

RUBRO	DESCRIPCION DEL RUBRO	VALOR
001-2.4.5.02.09.01.03.02.02	Servicios de enfermería EBS	2,500,000.00

TOTAL A PAGAR : 2,500,000.00

VIGENCIA : 2026

VALOR : DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS

ELABORO : ANAYA OSORIO RUTHBY JAZMIN

CALDERON ACEROS MABEL
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

CESAR AUGUSTO BECERRA CORREA
GERENTE ESE HRGR

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA

N.I.T.: 900067169

DIRECCION: KR 7A NO 1580 - MALAGA

DOCUMENTO SOPORTE ELECTRÓNICO : DSE-823

FECHA DOCUMENTO : 09/11/2026

PAGADO A: CARDENAS RUIZ EDITH ROCIO - 46375639

LA SUMA DE: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL COP M/L

CONCEPTO: SERVICIOS PRESTADOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA No. 02 PARA CONFORMAR EBS No. 07

CUENTA	NOMBRE DE LA CUENTA	DOCUMENTO	DEBITOS	CREDITOS
731310.01	Remuneración por Servicios Técnicos		2,500,000.00	
249055.01	Servicios			2,500,000.00
		TOTALES IGUALES	$ 2,500,000.00	$ 2,500,000.00

REVISADO POR	APROBADO POR
Mabel Calderón Aceros	Cesar Augusto Becerra Correa Gerente

ELABORADO POR: Anaya Osorio Ruthby Jazmín

Retención aplicable para el año 2026

Procedimiento No. 1

CONSULTOR CONTABLE	Mes	Octubre de 2026
EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ		
46375639	VALOR UVT	
	Año 2026	52.374

	Conceptos	Datos	Depuración
1	**Total pagos laborales en el mes**		
	Sueldo	2.500.000	2.500.000
	Auxilio de transporte	-	-
	Comisiones	-	-
	Horas extras	-	-
	Recargos nocturnos y dominicales	-	-
	Otros auxilios (movilidad, alimentación, etc.)	-	-
	Bonificaciones	-	-
	Viáticos	-	-
	Exceso de las 41 UVT por pagos por concepto de alimentación (art 387-1 ET)	-	-
	Incapacidades	-	-
	Licencia de maternidad	-	-
	Cesantías (no se tienen en cuenta para efectos de la retención en la fuente)	-	-
	Intereses sobre cesantías (no se tienen en cuenta para efectos de la retención en la fuente)	-	-
	Prima el cálculo se realiza de forma independiente.	-	-
	Vacaciones	-	-
	Primas extralegales	-	-
	Otros ingresos laborales- Bonos, cheques electrónicos, pagos indirectos	-	-
	Total Ingresos mes (No se incluye la prima)	**2.500.000**	**2.500.000**
2	**Menos ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional**		
	Aportes obligatorios a Fondos de Pensiones (art. 55 ET)	280.200	280.200
	Fondo de Solidaridad Pensional	-	-
	Aportes voluntarios a fondos de pensiones obligatorios (Régimen ahorro individual) (Art. 55 ET)	-	-
	Aportes obligatorios al sistema de salud (art. 56 ET)	218.900	218.900
	Total ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional	**499.100**	**499.100**
	Subtotal (A)		**2.000.900**
3	**Menos Deducciones**		
	Intereses por prestamos de vivienda (promedio año anterior o los meses correspondientes)	-	-
	Pagos por salud prepagada, Plan complementario de salud, o seguros de salud (art 387 ET)- P	-	-
	Seleccione "SI" si tiene derecho a dependientes (Art 387 ET)	-	-
	Total deducciones		-
	Menos rentas exentas		
	Aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias (art. 126-1 ET)	-	
	Aportes con destino a cuentas AFC, AVC (art 126-4 ET)	-	-
	Indemnizaciones proteccion a la maternidad (art 206 ET Num 2)	-	-
	Gastos de entierro del trabajador (art 206 ET Num 3)	-	-
	Otras rentas exentas (Art. 206 ET)	-	-
	Total renta exentas		-
	Subtotal (B)		**2.000.900**
	Valor de la prima de servicios		-
	Subtotal (B)		**2.000.900**
4	**Menos renta exenta -25% del subtotal (B) (Numeral 10 art. 206 ET)**		**500.225**
	LIMITE GENERAL DE RENTAS EXENTAS Y DEDUCCIONES 40% DEL INGRESO NETO Y HASTA 1.340 UVT		**500.225**
	Base Gravable (Ver Tabla)		**1.500.675**
	Valor retención en la fuente Art. 383 ET		**$ -**
	Valor retención en la fuente a practicar por prima de servicios (art. 383 ET)		**$ -**
	Total retenciones a practicar en el mes (Art. 383 ET)		**$ -**

Descargue la versión para el año actual

Revisó

CERTIFICADO DE NO UTILIZACION 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, EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ documento de identificación No. 46375639 de Sogamoso.

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

QUE:

Estoy vinculado a la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, desde el 22 de agosto hasta el 21 de noviembre 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 la renta de trabajo, informo que no hare 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: 03 de noviembre de 2026

FIRMA _____

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA

N.I.T.: 900067169

DIRECCION: KR 7A NO 1580 - MALAGA

BANTE DE EGRESO GENERAL : CE-1430

FECHA DOCUMENTO : 09/11/2026

PAGADO A: CARDENAS RUIZ EDITH ROCIO - 46375639

LA SUMA DE: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL COP M/L

CONCEPTO: PAGO N 2 CONTRATO EBS 053-2026- RESOLUCION 696-2025- PRSTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA N 2 PARA CONFORMAR EBS N 7 QUE ORIENTARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTION

CUENTA	NOMBRE DE LA CUENTA	FACTURA	DOCUMENTO	VALOR APLICADO	ANTICI/DCTO
249055.01	Servicios	C C #02 ROCIO EBS	DSE 823	2,500,000	
				2,500,000	0

CUENTA	FORMA DE PAGO	VALOR PAGADO
11100601.02	CTA AHORRO 312-82494011	2,500,000

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
FUENTES VILLAMIL ANGELA TATIANA		C. C. o NIT

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Empresa Social Del Estado Hospital Regional De Garcia Rovira - Nit: 900067169

Martes, 10 de noviembre de 2026, 2:20:32 p.m.

Número del registro
1

Fecha de aplicación
09 Nov 2026

Nombre del destinatario
Edith Rocio Cardenas Ruiz

Identificación destinatario
46375639

Producto destino
500808092545

Tipo de producto
Cuenta_de_ahorro

Banco
Banco Popular

Valor
COP $ 2.500.000,00

Estado del pago
Exitoso

Código
OKB

Descripción
Pago exitoso y abonado en cuenta de otro banco.

Referencia
PAGO 2

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Dirección IP: 177.93.46.141