Ocaña, 05 de Agosto de 2025

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

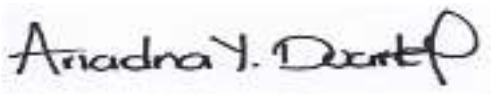
Ariadna Yuliza Duarte Quintero, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **1064837041** expedida **rio de oro-Cesar**, me permito mediante el presente escrito, presentar los documentos que se anexan a la presente para que sean revisados por quien corresponda en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, con base a los siguientes datos, a saber:

VALOR DEL CONTRATO	**17.760.000,00**
VALOR CUENTA A PRESENTAR	**4.440.000,00**
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	DEL **23 JUNIO** AL 22 DE JULIO DE 2025
SUPERVISOR DEL CONTRATO	GINA AVILA

Se presentan como soporte de la cuenta correspondiente, los siguientes documentos:

	CONTRATISTA	
SOPORTES	**APLICA**	**CUMPLE**
1. Factura Electrónica	NO	
2.Cuenta de Cobro	SI	X
3. Informe de Actividades	SI	X
4. Pago de la Planilla de seguridad social	SI	X

Atentamente,



ARIADNA YULIZA DUARTE QUINTERO
C.C. No. 1064837041 de Rio de Oro.

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No. 2

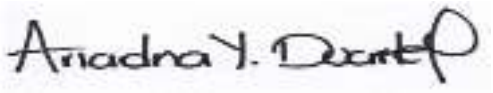
CONTRATO No 290-2025

DEBE A:
ARIADNA YULIZA DUARTE Q
CC: 1.064.837.041

LA SUMA DE:
CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA MIL PESOS ($4.440.000 M/CTE)

PERIODO:
DEL 23 DE JUNIO AL 22 DE JULIO DE 2025

POR CONCEPTO DE: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES PLASMADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD (PAS) EN LO PERTINENTE A LA DIMENSIÓN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA COMO LO INDICA EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°SP-0356 SUSCRITO ENTRE EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD Y LA ESE HEQC PARA LA VIGENCIA 2025.



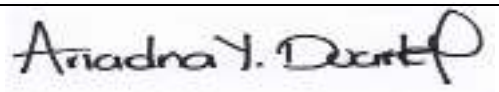
ARIADNA YULIZA DUARTE QUINTERO
C.C. No. 1064837041 de Rio de Oro.
Celular: 3017705177
Cuenta bancaria – Bancolombia 31864957105, Ahorros.

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	**ARIADNA DUARTE QUINTERO**	**CÉDULA**	**1064837041**
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – planes de intervenciones colectivas – MUNICIPIO DE **OCAÑA**
PERFIL	**PSICOLOGA**	**PERIODO DEL INFORME**	DEL **23 DE JUNIO** AL **22 DE JULIO** DE 2025
No. CONTRATO	290-2025		
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES PLASMADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD (PAS) EN LO PERTINENTE A LA DIMENSIÓN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA COMO LO INDICA EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°SP-0356 SUSCRITO ENTRE EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD Y LA ESE HEQC PARA LA VIGENCIA 2025		
VIGENCIA	4 MESES		

CONTROL DE ACTIVIDADES			
N	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACTIVIDAD EJECUTADA**	**EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD**
1	**Realizar socialización de la estrategia de información en salud de manera presencial a las familias y actores locales.**	Socialización de las estrategias a las familias de manera presencial según los micro territorios priorizados en el municipio de Ocaña.	
2	**Aplicar documento de caracterización social y ambiental de manera presencial las familias basadas en la Guía Metodología para la caracterización social y ambiental del entorno hogar para la implementación de la estrategia de avanzando con una maternidad y sexualidad segura**	Barrio Galan caracterizaciones. 90 Barrio Sauces caracterizaciones. 76 Venadillo caracterizaciones. 29 Aguas Claras Caracterizaciones 54	 

3	**Supervisión por parte de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos a cargo de la Licenciada Angelica María Carrascal Jacome y su equipo de trabajo, el martes 22 de julio del 2025.**	Se realizo supervisión desde la dimensión de sexualidad al proyecto "Avanzando hacia una sexualidad y maternidad segura" en el municipio de Ocaña.	
4	**Base de datos con todas las variables descritas en el instrumento de caracterización.**	Se asiste a capacitación sobre el cargue al aplicativo EPICOLLECT5 de manera virtual el viernes 11 de julio.	

CONTRATIASTA	
NOMBRE	**ARIADNA DUARTE**
FIRMA	

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	1064837041	ARIADNA YULIZA DUARTE QUINTERO	CALLE 10	5624635	ariadnaduarte77@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		NORTE DE SANTANDE	OCAÑA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	29/07/2025	88527058	$549.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	222.000	0		0		0	0	0	0	222.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	284.200	0	0	0	0	0	0		284.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	43.300				43.300	0	0	43.300			433	43.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días 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	222.000	222.000
Pensión	1	284.200	284.200
Riesgos Laborales	1	43.300	43.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	549.500	549.500

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
CC	1064837041	ARIADNA YULIZA DUARTE QUINTERO		CALLE 10	5624635	ariadnaduarte77@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			NORTE DE SANTANDE	OCAÑA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	29/07/2025	88527058	$549.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1064837041	DUARTE QUINTERO ARIADNA YULIZA	59	0			N																	25-14	1.776.000	284.200	0	0	0	0	EPS005	1.776.000	222.000	14-23	1.776.000	3	43.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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