Ocaña, 02 de agosto de 2025

Señores:
**ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES**

**Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.**

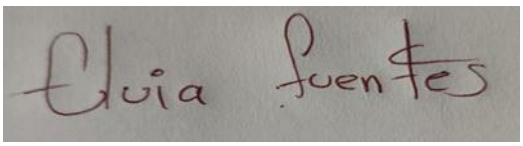
Elvia Patricia Fuentes Ortega, identificado (a) con la cédula de ciudadanía 1.007.279.627 expedida Cúcuta Norte de Santander, me permito mediante el presente escrito, presentar los documentos que se anexan a la presente para que sean revisados por quien corresponda en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, con base a los siguientes datos, a saber:

| | |
|---|---|
| **VALOR DEL CONTRATO** | NUEVE MILLONES DE PESOS $9.000.000 |
| **VALOR CUENTA A PRESENTAR** | TRES MILLONES DE PESOS $3.000.000 EN ESTE PERIODO |
| **PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO** | DEL 03 DE JULIO AL 02 DE AGOSTO DE 2025 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | MARIA PAULA CORONEL OJEDA |

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,



_____
**ELVIA PATRICIA FUENTES ORTEGA**
**CC. 1007279627**

**ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES**
**NIT 890.501.438-1**

**CUENTA DE COBRO No. 1**
**CONTRATO No 487-2025**

**DEBE A:**
**ELVIA PATRICIA FUENTES ORTEGA**
**CC. 1007279627**

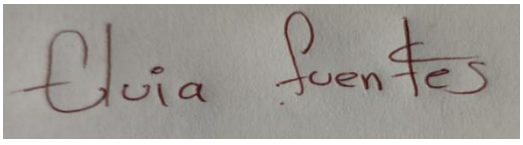
**LA SUMA DE:**

TRES MILLONES DE PESOS PESOS MCTE.
($3.000.000)

**PERIODO:**
**DEL 03 DE JULIO AL 02 DE AGOSTO DE 2025**

**POR CONCEPTO DE:** PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1397 DE 2024 EN EL MUNICIPIO DE TEORAMA Y AREAS DE INFLUENCIA DEFINIDOS PARA LA EJECUCION DE LA RESOLUCION Y LOS LINEAMINETOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL PARA LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES.

Cordialmente,



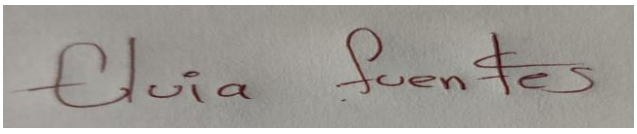
_____
**ELVIA PATRICIA FUENTES ORTEGA**
**C.C. 1007279627**
**CELULAR: 3213201614**
**CUENTA DE BBVA AHORROS N° 001308650002000058 51**

# INFORME DE ACTIVIDADES

| INFORMACIÓN GENERAL | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | ELVIA PATRICIA FUENTES ORTEGA | **CÉDULA** | 1007279627 |
| **SUPERVISOR** | SIAU | **SERVICIO/ÁREA** | H.E.Q.C. – PROGRAMA EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD – MUNICIPIO DE TEORAMA |
| **PERFIL** | AUXILIAR DE ENFERMERIA | **PERIODO DEL INFORME** | DEL 03 DE JULIO AL 02 DE AGOSTO DE 2025 |
| **No. CONTRATO** | 487-2025 | | |
| **OBJETO** | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1397 DE 2024 EN EL MUNICIPIO DE TEORAMA Y AREAS DE INFLUENCIA DEFINIDOS PARA LA EJECUCION DE LA RESOLUCION Y LOS LINEAMINETOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL PARA LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES | | |
| **VIGENCIA** | 3 MESES | | |

| CONTROL DE ACTIVIDADES | | | |
|---|---|---|---|
| **N** | **OBLIGACIONES ESPECIFICAS** | **ACTIVIDAD EJECUTADA** | **EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD** |
| **1** | **Informar en la comunidad las acciones que desarrollaran los equipos a través de medios y herramientas, comunicativas** | Se lleva acabo concentración con las sedes educativas de las veredas de Jurisdicciones, Limón, Pantano san José, guarranao y Juncal para informarles sobre las acciones que se desarrollaran en los próximos meses, como parte del proceso de contratación para el ingreso al territorio, les explique que el objetivo es obtener su aval y conocimientos sobre la zona para garantizar una intervención efectiva y respetuosa con la comunidad. |  |
| **3** | **Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.** | Se ofrece información sobre el portafolio del equipo básico, el cual incluye consultas de promoción y mantenimiento de la salud a cargo de los profesionales, prevención de enfermedades mediante el examen cefalocaudal y atención a demandas inducidas. |  |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8 | **Canalizar la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas** | Se proporciona información detallada sobre la oferta de servicios disponibles en el equipo básico de salud, incluyendo consultas orientadas a la promoción y el mantenimiento de la salud, así como acciones destinadas a la prevención de enfermedades. Además, se informa a la comunidad acerca de los distintos servicios ofrecidos y se fomenta la participación activa en iniciativas de cuidado y bienestar integral |  |
| 10 | **Inducir la demanda de servicios para la captación a cada uno de los ciclos de vida de la población a intervenir según resolución 3280, captación de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública, diligenciamiento notificación del evento y seguimiento.** | se capacito a la comunidad estudiantil del micro-territorio jurisdicciones el limón, el pantano, san José guarranao y el juncal para brindar asesoría sobre el lavado de mano para tener presente en el diario vivir |  |
| 11 | **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.** | Durante los días 22 al 25 de julio se brindan educaciones a todos los micro territorios correspondientes, sobre el temas LAVADO DE MANOS dando cumplimiento a la RESOLUCION 666 del 2020 del ministerio de salud y protección social que rige después del covid-19 |  |

| **CONTRATIASTA** | |
|---|---|
| **NOMBRE** | **ELVIA PATRICIA FUENTES ORTEGA** |
| **FIRMA** |  |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACION: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACION: | 1007279027 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ELVIA PATRICIA FUENTES ORTEGA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TEORAMA | DEPARTAMENTO: | NORTE DE SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | TEORAMA NORTE DE SANTANDER | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONÓMICA: | Actividades de administración empresarial. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO PLANILLA: | | | **4615755342** | TIPO DE PLANILLA: | | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | julio | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | julio | AÑO | 2025 |
| DIAS DE MORA: | | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2025/08/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | 9903545893 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACION | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 23030 | 23030-PORVENIR | 1 | $ 212.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 212.600 | $ 0 | $ 212.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 212.600** | **$ 0** | **$ 212.600** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR APORTES | COTIZACIÓN | VALOR APORTES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS041 | NUEVA EPS CM | 1 | | | | | | $ 0 | $ 166.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 166.100 | $ 0 | $ 0 | $ 166.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 166.100** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 166.100** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 7.000 | $ 7.000 | $ 0 | $ 0 | $ 7.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 7.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 7.000** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | RESIDE EXTERIOR | INGRESO | RETIRO | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | COMP | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | VALOR APORTES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT. | IBC | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 1007279027 | ELVIA PATRICIA FUENTES ORTEGA | 00-PLANILLA INTEGRADA CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.423.500 | | | NO | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | 23030-PORVENIR | 30 | $ 1.328.600 | $ 212.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 212.600 | NUEVA EPS CM | 30 | $ 1.328.600 | $ 166.100 | $ 0 | $ 166.100 | 14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.328.600 | 6100727902 | $ 7.000 | 30 | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | |

**TOTAL PAGADO: $ 385.700**