Ocaña, 09 de Septiembre de 2025

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

Ana Karina Leon Ballesteros, identificado (a) con la cédula de ciudadanía 1091670343 expedida Ocaña 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	$9.000.000
VALOR CUENTA A PRESENTAR	VALOR A COBRAR EN 3.000.000 EN ESTE PERIODO
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	DEL 11 AGOSTO AL 10 DE SEPTIEMBRE 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,

Ana karina leòn B.
ANA KARINA LEON BALLESTEROS
CC.1091670343

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No. 1
CONTRATO No 777-2025

DEBE A:
ANA KARINA LEON BALLESTEROS
CC. 1091670343

LA SUMA DE:

TRES MILLONES DE PESOS PESOS MCTE.
($3.000.000)

PERIODO:
DEL 11 DE AGOSTO AL 10 DE SEPTIEMBRE 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,

Ana karina leòn B.
ANA KARINA LEON BALLESTEROS
C.C. 1091670343
CELULAR:
CUENTA DE AHORROS BBVA N° 00130865000200059653

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	ANA KARINA LEON BALLESTEROS	**CÉDULA**	1091670343
SUPERVISOR	SIAU	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – PROGRAMA EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD – MUNICIPIO DE TEORAMA
PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**PERIODO DEL INFORME**	DEL 11 AGOSTO AL 10 DE SEPTIEMBRE DE 2025
No. CONTRATO	777-2025		
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		

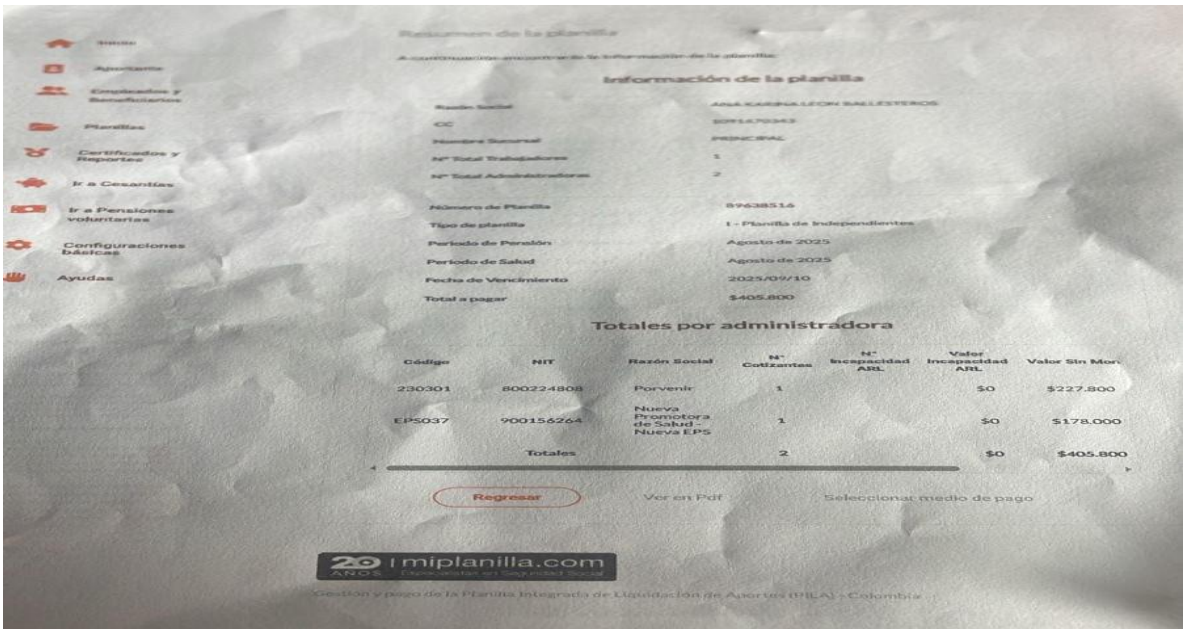
CONTROL DE ACTIVIDADES			
N	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACTIVIDAD EJECUTADA**	**EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD**
1	**INFORMAR A LA COMUNIDAD LAS ACCIONES QUE DESARROLLARAN LOS EQUIPOS A TRAVES DE MEDIOS Y HERRAMIENTAS COMUNICATIVAS.**	Participe en la reunión con los diferentes miembros de la comunidad Shubacbarina para informarles sobre las acciones que se desarrollaran en los próximos meses, como parte del proceso de contratación para el ingreso al territorio, donde se les indica el trabajo a realizar en la comunidad durante los periodos.	
2	**IDENTIFICAR LAS PRIORIDADES DE RESPUESTAS INDIVIDUALES, FAMILIAR Y COMUNITARIA POR EDAD, SEXO GÉNERO, ETNIA, ENTRE OTRAS CARACTERÍSTICAS PERTINENTES Y POR MICRO TERRITORIO ASIGNADA.**	Se realiza actividad donde se identifican los riesgos y vulnerabilidad específicas de la comunidad, donde se pueda ayudar a desarrollar respuestas más efectivas y pertinentes para las necesidades del micro territorio.	

3	**INFORMAR A LAS FAMILIAS SOBRE EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE SALUD DE OTROS SECTORES DE ACUERDO A SUS NECESIDADES**	Se organiza actividades informativas que puedan ayudar a establecer de manera adecuada a las familias del micro territorio para que difundan la información sobre los servicios de salud disponibles durante la jornada, prestada por el H.E.Q.C.	
4	**VALORACIÓN DE PRIMER CONTACTO DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES INSTRUMENTOS A. FAMILIOGRAMA B. APGAR FAMILIAR C. ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT Y D. ECOMAPA**	Se realizan actividades donde se pueda ayudar a proporcionar una atención mas integral y centrada en la familia abordando sus necesidades especificas y promoviendo el bienestar de todos sus miembros.	 
5	**CARACTERIZACIÓN SOCIOAMBIENTAL, INDIVIDUAL Y FAMILIAR DEL MICRO TERRITORIO. IDENTIFICAR LAS CONDICIONES DE SALUD DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA Y LOS HOGARES, HACIENDO USO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS ASIGNADOS**	realizo caracterización a la población de la comunidad donde se evidencia la problemática de salud dentro del territorio ya que desde su distancia no pueden ser atendidos, el cual se les brinda atención primaria.	

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 O COMPLEMENTARIO Y TELEMEDICINA**	Realizo charlas educativas sobre temas de la salud que se presentan dentro de la comunidad evidenciando carteleras de educación, coordinando con medico para que los pacientes reciban tratamiento según su diagnóstico, como también se ofrece apoyo emocional en los pacientes, desarrollando planes de atención para cada familia dentro del territorio, brindando con esta actividad se pueda ayudar a garantizar que las familias reciban atención integral y coordinada según sus necesidades específicas.	
7	**CANALIZAR LA OFERTA DE SERVICIOS BRINDADA POR OTROS SECTORES EN EL TERRITORIO CONFORME A LAS PRIORIDADES Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD IDENTIFICADAS**	No aplica	
8	**REALIZAR SEGUIMIENTO A ACCESO EFECTIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y SERVICIOS BRINDADOS POR LOS OTROS SECTORES**	No aplica	
9	**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 DE SALUD PÚBLICA, DILIGENCIAMIENTO NOTIFICACIÓN DEL EVENTO Y SEGUIMIENTO.**	Se realiza invitación a la población como objetivo a acceder a los servicios correspondientes según su ciclo de vida garantizando el acceso a los servicios de salud que pueden obtener dentro de la jornada de salud prestada en la comunidad, donde se pueda captar a la población y reciban atención de salud adecuada y oportuna.	
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 DE SU ENTORNO**	Se brinda educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, identificación de signos de alarma y adopción de practicas de cuidado, la cual se pueda empoderar a las personas para que tomen decisiones informadas sobre su salud y bienestar.	

11	**APOYO EN LA ATENCIÓN, ASESORÍA Y REALIZACIÓN DE TAMIZAJES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.**	No aplica	
12	**APOYO A LA LACTANCIA MATERNA**	No aplica	
13	**TOMA DE MUESTRAS EN LABORATORIOS SEGÚN INDICACIÓN MEDICA**	No aplica	
14	**GESTIÓN, REMISIÓN EN ESQUEMA DE VACUNACIÓN.**	Verifico esquema de vacunación de los menores donde se evidencia si tienen las vacunas según su edad, el cual se observa esquemas incompletos, se hace monitoreo y gestión para la vacunación correspondiente de toda la población dentro de la comunidad	

CONTRATIASTA	
NOMBRE	**ANA KARINA LEON BALLESTEROS**
FIRMA	Ana karina León B.



Inicio
Aportantes
Empleados y Beneficiarios
Planillas
Certificados y Reportes
Ir a Cesantías
Ir a Pensiones voluntarias
Configuraciones básicas
Ayudas

Resumen de la planilla

A continuación encontrará la información de la planilla:

Información de la planilla

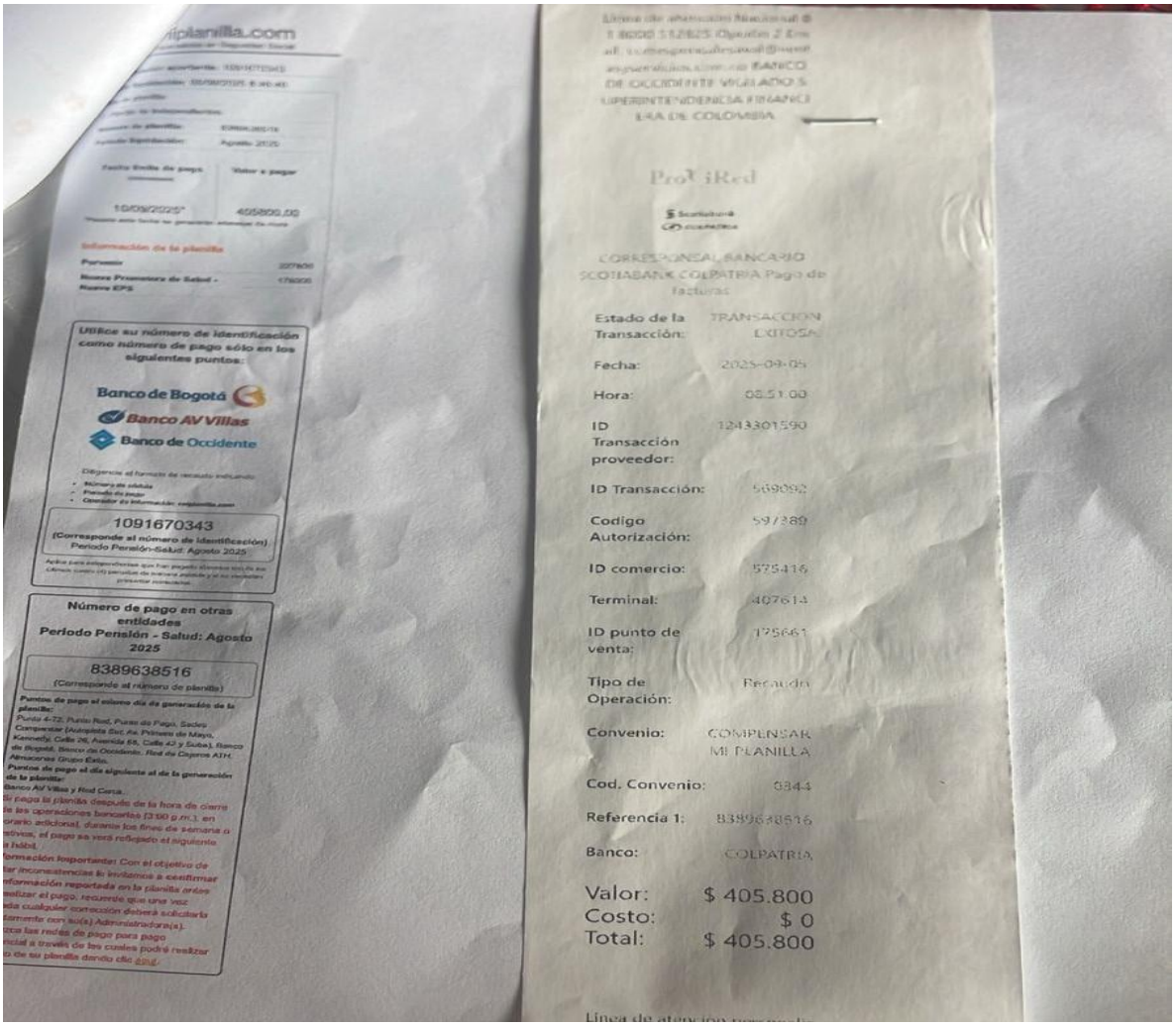
Razón Social	ANA KARINA LEON BALLESTEROS
CC	1091670343
Nombre Sucursal	PRINCIPAL
Nº Total Trabajadores	1
Nº Total Administradoras	2
Número de Planilla	8389638516
Tipo de planilla	I - Planilla de Independientes
Periodo de Pensión	Agosto de 2025
Periodo de Salud	Agosto de 2025
Fecha de Vencimiento	2025/09/10
Total a pagar	$405.800

Totales por administradora

Código	NIT	Razón Social	Nº Cotizantes	Nº Incapacidad ARL	Valor Incapacidad ARL	Valor Sin Mora
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$227.800
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0	$178.000
	Totales		2		$0	$405.800

Regresar | Ver en Pdf | Seleccionar medio de pago

20 AÑOS miplanilla.com
Gestión y pago de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) - Colombia



miplanilla.com

Utilice su número de identificación como número de pago sólo en los siguientes puntos:

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

1091670343
(Corresponde al número de identificación)
Periodo Pensión-Salud: Agosto 2025

Número de pago en otras entidades
Periodo Pensión - Salud: Agosto 2025

8389638516
(Corresponde al número de planilla)

Puntos de pago el mismo día de generación de la planilla:
Punto 4-72, Punto Red, Puntos de Pago, Sedes Compensar (Autopista Sur, Av. Primero de Mayo, Kennedy, Calle 26, Avenida 68, Calle 40 y Suba), Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Red de Oficinas AIM, Almacenes Grupo Exito.
Puntos de pago al día siguiente al de la generación de la planilla:
Banco Av Villas y Red Coca.

Si paga la planilla después de la hora de cierre de las operaciones bancarias (3:00 p.m.), en horario adicional, durante los fines de semana o festivos, el pago se verá reflejado el siguiente día hábil.

Información importante: Con el objetivo de evitar inconsistencias le invitamos a confirmar la información reportada en la planilla antes de realizar el pago, recuerde que una vez realizada cualquier corrección deberá solicitarla directamente con su(s) Administradora(s).

Estas son todas las redes de pago para pago presencial a través de las cuales podrá realizar el pago de su planilla dando clic aquí.

Línea de atención Nacional
1 8000 112825 Opción 2 En
all...@compensar.com
...@red...
...@compensar.com
BANCO DE OCCIDENTE VIGILADO S...
SUPERINTENDENCIA FINANCI...
LIA DE COLOMBIA

ProRed

Scotiabank
colpatria

CORRESPONSAL BANCARIO
SCOTIABANK COLPATRIA Pago de facturas

Estado de la Transacción:	TRANSACCION EXITOSA
Fecha:	2025-09-05
Hora:	08:51:00
ID Transacción proveedor:	1243301590
ID Transacción:	569092
Codigo Autorización:	59389
ID comercio:	575416
Terminal:	407614
ID punto de venta:	175661
Tipo de Operación:	Recaudo
Convenio:	COMPENSAR MI PLANILLA
Cod. Convenio:	0844
Referencia 1:	8389638516
Banco:	COLPATRIA
Valor:	$ 405.800
Costo:	$ 0
Total:	$ 405.800

Línea de atención nacional

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **ANA KARINA LEON BALLESTEROS** identificado(a) con **cedula de ciudadania número 1.091.670.343** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130865000200059653** aperturada el **02 de agosto de 2017**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **865059653**
10 dígitos: **0865059653**
16 dígitos: **0865000200059653**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **05** de **agosto** de **2025** a las **15:01**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA

FIRMA AUTORIZADA
BBVACOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO