Ocaña, 25 de septiembre del 2025

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

Yo ANYI YOLIMAR RODRIGUEZ ORTEGA, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **1093.915.415** expedida en **TIBU**, 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	**21.231.264.29**
VALOR CUENTA A PRESENTAR	**4.246.253**
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	DEL **01 DE SEPTIEMBRE** AL **30** DE **SEPTIEMBRE** DEL **2025**
SUPERVISOR DEL CONTRATO	HOLGER SANTOS

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,



ANYI YOLIMAR RODRIGUEZ ORTEGA
CC: 1093.915.415 DE TIBU

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No. 2
CONTRATO No 696-2025

DEBE A:

ANYI YOLIMAR RODRIGUEZ ORTEGA
CC:1093.915.415 DE TIBU

LA SUMA DE:
CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS. **($4.246.253)**

PERIODO:
DEL 01 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025

POR CONCEPTO DE: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES PLASMADAS EN LA GUÍA OPERATIVA DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN EL HOGAR, EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NÚMERO 54004552025 CELEBRADO ENTRE LA ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES Y EL ICBF

Se tomarán costos o deducciones asociados a las rentas de trabajo por los servicios prestados (Rentas exentas numeral 10 del artículo 206 del ET)	SI	NO
	X	

Cordialmente,



ANYI YOLIMAR RODRIGUEZ ORTEGA
C.C. 1093.915.415 DE TIBU
CELULAR: 3196338282
CUENTA DE AHORROS: BANCO AGRARIO DE COLOMBIA.N°:4-517-00-16931-8

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	**ANYI YOLIMAR RODRIGUEZ ORTEGA**	**CÉDULA**	**1093.915.415 DE TIBU**
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	**SERVICIO/ÁREA**	H. E. Q. C. - PROGRAMA INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN **TIBU** ICBF
PERFIL	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	**PERIODO DEL INFORME**	DEL **01** AL **30** DE **SEPTIEMBRE** DE **2025**
No. CONTRATO	**696-2025**		
OBJETO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES PLASMADAS EN LA GUÍA OPERATIVA DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN EL HOGAR, EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NÚMERO 54004552025 CELEBRADO ENTRE LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES Y EL ICBF**		
VIGENCIA	**5 MESES**		

CONTROL DE ACTIVIDADES			
N	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACTIVIDAD EJECUTADA**	**EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD**
1	Apoyar el proceso de focalización de los 100 usuarios asignados a la Unidad de Servicio, incluyendo niños y niñas de 0 a 5 años con desnutrición aguda moderada o severa, y mujeres gestantes con malnutrición, garantizando su identificación, vinculación y el mantenimiento de dicha población durante toda la ejecución del convenio.	Se realizo la búsqueda de los 100 usuarios en la zona del corregimiento de campo dos, sus barrios y veredas aledañas y del municipio de Tibú, con el fin de identificar a posibles beneficiarios, en los cuales se pudieron focalizar gestantes, niños y niñas para q fueran beneficiarios del programa.	
	Verificar que cada		

2	usuario focalizado cuente con la documentación requerida, de conformidad con la Guía Operativa del ICBF, asegurando que se recopilen y mantengan actualizados los formatos, consentimientos, fichas de ingreso y demás soportes necesarios para su atención integral.	Si se realizó la recolección de los documentos de cada uno de los usuarios con el fin de garantizar el proceso del ingreso al programa y se confirma q todo este al día para la ejecución y para cada una de las entregas de los RFPP.	
3	Entregar en medio físico y digital la información que le corresponda diligenciar, relacionada con su rol dentro del equipo de la Unidad de Servicio, conforme a los formatos y lineamientos definidos por la E.S.E. y el ICBF.	Apoyo al nutricionista con el diligenciamiento del F9 con cada uno de los usuarios	
4	Realizar el acercamiento con actores clave del territorio, incluyendo líderes comunitarios, instituciones de salud, autoridades locales y organizaciones sociales, con el fin de fortalecer la articulación territorial e identificar factores determinantes que	Si se realizó la divulgación de los beneficios del programa para la población de la zona.	

	incidan en la situación nutricional de la población.		

5	Asegurar la entrega completa y oportuna de la Ración Familiar Para Preparar - RFPP a la totalidad de los usuarios vinculados, siguiendo los lineamientos técnicos de distribución, registro y trazabilidad establecidos en la Guía Operativa.	Si se le hizo las respectivas entregas a cada uno de los usuarios del programa.	
6	Elaborar y entregar el plan de trabajo mensual al coordinador de la Unidad de Servicio (UDS), especificando actividades programadas, metas operativas, cronograma y territorios a intervenir.	Si se realizo el cronograma de actividades programadas para los meses agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre.	
7	Brindar capacitación al equipo de trabajo de la unidad de servicio en temas relevantes para la adecuada ejecución del convenio, así como capacitar a los usuarios y sus familias en asuntos relacionados con salud, nutrición, higiene, autocuidado y otras temáticas propias de su área de formación.	Se realizo charlas educativas y cartelera sobre la lactancia materna exclusiva y las posiciones en la practica de la lactancia materna.	

8	Asistir de manera puntual a los encuentros técnicos, reuniones operativas, comités y demás espacios convocados, y apoyar activamente todas las actividades programadas por la E.S.E. o el ICBF en desarrollo del convenio.	Si participo de cada una de las actividades que se convocan.	
9	Presentar un informe mensual de ejecución de actividades, que contenga el detalle de las acciones realizadas, avances frente a las metas asignadas, novedades, dificultades encontradas, usuarios atendidos y resultados obtenidos, adjuntando los respectivos soportes.	Se realizaron las visitas a cada uno de los usuarios en sus hogares, brindando una pequeña charla educativa sobre la importancia de las vacunas en los menores y en gestantes.	
10	Ejecutar todas las demás actividades que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual, siempre que estén enmarcadas dentro de las funciones del perfil, los lineamientos del ICBF, y las disposiciones técnicas, administrativas y operativas del convenio.	Se cumplió con las actividades y visitas domiciliarias programadas y asignadas durante del mes.	 

CONTRATIASTA	
NOMBRE	**ANYI YOLIMAR RODRIGUEZ ORTEGA**
FIRMA	

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 141194333883

(415)7707212489984(8020) 000014119433388 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1093915415	1	Impuestos de Cúcuta 7	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1093915415

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Norte de Santander 54	Tibú 810

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	ORTEGA	ANYI	YOLIMAR

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Norte de Santander 54	Tibú 810

41. Dirección principal: CL 12 15 41 BRR VILLA PAZ- CEIBA

42. Correo electrónico: kyararoor@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3196338282	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8621	2025 07 31							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: RODRIGUEZ ORTEGA ANYI YOLIMAR

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el compo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: RODRIGUEZ ORTEGA ANYI YOLIMAR, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1093915415, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-517-00-16931-8, con una antigüedad de SEIS (6) año(s).

Se expide en TIBU, a los un (01) días del mes de septiembre de 2025, con destino a: AL INTERESADO

Banco Agrario de Colombia
Of. Tibu - Nte Sider

DIRECTOR (A) OFICINA

FIRMA AUTORIZADA

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ANYI YOLIMAR RODRIGUEZ ORTEGA
No. Identificación: CC1093915415
Dirección: CAMPO GILES
Telefono: 6075662536
Correo: mastrabajoseguro.laboral@gmail.com
Ciudad: TIBÚ
Número de Planilla: 8390067567

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANYI YOLIMAR RODRIGUEZ ORTEGA
Tipo y número de identificación	CC1093915415
Número de planilla	8390067567
Fecha pago	2025-09-25
Número de autorización pago	27461231
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2025
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	525600
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8390067567

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	41400	1
230301	Porvenir	271800	1
CCFC50	EPS-S COMFAORIENTE	212400	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1093915415
APELLIDOS Y NOMBRES: ANYI YOLIMAR RODRIGUEZ ORTEGA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
CCFC50	230301	1698502	1698502	1698502	0	212400	0	271800	0	41400	0

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE RAZÓN SOCIAL**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**FAX**
CC	1093915415	ANYI YOLIMAR RODRIGUEZ ORTEGA	CAMPO GILES	6075662536	6075662536
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**
U	I	PRINCIPAL	PPAL	NORTE DE SANTANDER	TIBÚ

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA MES AÑO)**	**NÚMERO RADICACIÓN**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**	**SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**
SALUD		**PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF**						
MES	**AÑO**	**MES**	**AÑO**					
9	2025	9	2025	I	25 09 2025	8390067567	No	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS	1	NIT EMPRESA CONVENIO	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 1093915415	RODRIGUEZ ORTEGA ANYI YOLIMAR	59	0			No	810	54																30	30	30	CCFC50	$1,698,502	12.50%	$212,400	230301	$1,698,502	16.00%	$271,800	$0
																															$212,400				$271,800	$0

PAGADO

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

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL
1	CC 1093915415	RODRIGUEZ ORTEGA ANYI YOLIMAR	$0	14-23	$1,698,502	2.44%	3	$41,400
			$0					$41,400

PAGADO

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