

Ocaña, 13 de diciembre de 2025

Señores:

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

Yo **LEDYS ALEXANDRA MESA MORALES**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **1054916324** expedida **Anserma Caldas**, 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	\$ 4.246.252
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	MES DE DICIEMBRE DE 2025
SUPERVISOR DEL CONTRATO	HOLGER SANTOS

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

SOPORTES	CONTRATISTA	
	APLICACIÓN	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,

Ledys Alexandra Mesa Morales

LEDYS ALEXANDRA MESA MORALES
CC. 1054916324

}

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No.5
CONTRATO No 703-2025

DEBE A:
LEDYS ALEXANDRA MESA MORALES
CC. 1054916324

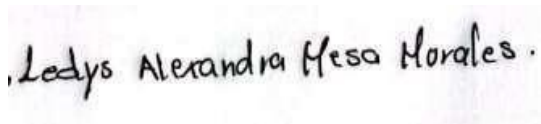
LA SUMA DE:
CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS
CINCUENTA Y DOS PESOS MCTE.
\$ 4.246.252

PERIODO:
MES DE DICIEMBRE 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 E.S.E 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,



LEDYS ALEXANDRA MESA MORALES
CC. 1054916324
CELULAR: 311 5326192
CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA N° 0550488454459063

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	LEDYS ALEXANDRA MESA MORALES	CÉDULA	1054916324
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	SERVICIO/ÁREA	H.E.Q.C. – PROGRAMA INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN OCAÑA
PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PERIODO DEL INFORME	MES DE DICIEMBRE DE 2025
No. CONTRATO	703-2025		
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE LAS ACCIONES PLASMADAS EN LA GUIA OPERATIVA DEL SERVICIO DE RECUPERACION NUTRICIONAL EN EL HOGAR, EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NUMERO 54004552025, CELEBRADO ENTRE LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CANIZARES 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.	ESTA ACTIVIDAD SE REALIZÓ EN EL MES DE AGOSTO	NA

2	<p>Verificar que cada 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.</p>	<p>SE ESTUVO VERIFICANDO EN CADA VISITA QUE LAS PERSONAS CONTARAN CON LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA Y EN CASO DE NO TENERLA, SE LES SOLICITÓ FIRMAR ACTA DE COMPROMISO PARA QUE PARA EL PRÓXIMO ENCUENTRO O VISITA LA TENGAN</p>	
3	<p>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.</p>	<p>SE REALIZÓ EL DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS TANTO DIGITALES COMO FÍSICOS CON LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR CADA BENEFICIARIO.</p>	<p>NO TENGO EVIDENCIA</p>

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 incidan en la situación	ESTA ACTIVIDAD SE REALIZÓ EN EL MES DE AGOSTO	NA
---	--	---	----

	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	SE REALIZÓ CON ÉXITO LA ENTREGA DE MERCADOS PARA CADA BENEFICIARIO, REALIZANDO CON ANTERIORIDAD LA RESPECTIVA VISITA EN SUS HOGARES, ASÍ COMO LA TOMA DE TALLA Y PESO PARA CONTINUAR CON EL SEGUIMIENTO DE CADA	
---	---	---	---

trazabilidad
establecidos en la
Guía Operativa.

CASO



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.	EL COORDINADOR DEBE CONFIRMAR MI CUMPLIMIENTO DE METAS PARA QUE SEA APROBADA ESTA CUENTA DE COBRO	NA
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 LES BRINDÓ APOYO INFORMATIVO MEDIANTE CHARLAS SOBRE LA MALARIA, Y SE RESALTA SOBRE EL USO DEL TOLDILLO PARA EVITAR PICADURAS DE VECTORES	
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.	SE PARTICIPÓ EN LAS REUNIONES VIRTUALES OFRECIDAS POR NUESTRO COORDINADOR	NO SE TIENE EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

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 HACE ENTREGA DE INFORME MENSUAL ESPECIFICANDO LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE DICIEMBRE

Logo Nacional (sin fondo)

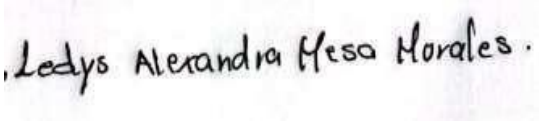
LEYDIA ALEXANDRA NEJA NORALES
CC: 104649324
CELULAR: 311 2911018
CUENTA DE ANDRÉS@3 DAVIDENIDA N° 0064493440363

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	LEYDIA ALEXANDRA NEJA NORALES	CÉDULA	104649324
ORGANIZACIÓN	SUBDIRECCIÓN EDUCATIVA	DEPARTAMENTO	DE EDUCACIÓN
PROYECTO	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	FECHA DE ENTREGA	15/12/2023
OBJETO	INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE DICIEMBRE		
FECHA	15/12/2023		

CONTROL DE ACTIVIDADES			
N	DELEGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD
1	Asesorar al personal de la institución en la implementación de los cursos asignados a la institución		

10	<p>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.</p>	<p>SE DIO CUMPLIMIENTO DE MIS ACTIVIDADES DEL MES, APOYANDO EN DIFERENTES TAREAS CON EL FIN DE SACAR ADELANTE EL PROYECTO</p>	
----	---	---	---

CONTRATISTA	
NOMBRE	LEDYS ALEXANDRA MESA MORALES
FIRMA	

**PLANILLA INTEGRADA
AUTOLIQUDACI
ÓN APORTES
COMPROBANTE
DE PAGO**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			1054916324
TIPO IDENTIFICACIÓN:			
CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:			
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	TIBU DEPARTAMENTO:	LEDYS ALEXANDRA MESA MORALES	
CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN:	CALLE 65 A-03 TELÉFONO:	NORTE DE SANTANDER	
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	3159265	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD	I-INDEPENDIENTE	
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ECONOMICA: ÚNICO	Otras actividades de servicios	

APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7994059704	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	5		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1994673167

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 272.700
SUBTOTAL:			1	\$ 272.700
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9002267153	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	\$ 213.100
SUBTOTAL:			1	\$ 213.100
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 41.600
SUBTOTAL:			1	\$ 41.600

VALOR SIN MORA: \$ 525.600

VALOR MORA: \$ 1.800

TOTAL PAGADO: \$ 527.400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1054916324
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LEDYS ALEXANDRA MESA MORALES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	TIBU DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 65 A-03	TELÉFONO: 3159265
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7998558111	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2000216488

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 271.800
SUBTOTAL:			1	\$ 271.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9002267153	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	\$ 212.400
SUBTOTAL:			1	\$ 212.400
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 41.400
SUBTOTAL:			1	\$ 41.400

VALOR SIN MORA:	\$ 525.600
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 525.600