Ocaña, 05 DE DICIEMBRE DEL 2025

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

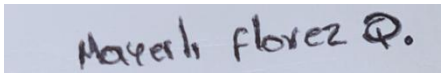
MAYERLY FLOREZ QUINTANA , identificado (a) con la cédula de ciudadanía **1.064.839.060** expedida **RIO DE ORO,** me permito mediante el presente escrito, presentar los documentos que se anexan a la presente para que sean revisados por quien corresponda en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, con base a los siguientes datos, a saber:

VALOR DEL CONTRATO	8.343.750
VALOR CUENTA A PRESENTAR	2.781.250
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	DEL 08 DE NOVIEMBRE DEL 2025 AL 04 DE DICIEMBRE DEL 2025
SUPERVISOR DEL CONTRATO	HOLGER ALEXIS SANTOS MALDONADO

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

	CONTRATIQSTA	
A|	**APLIC A**	**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,



_____
MAYERLY FLOREZ QUINTANA
CC. 1.064.839.060

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No. 3
CONTRATO No 910-2025

DEBE A:
MAYERLY FLOREZ QUINTANA
CC. 1.064.839.060

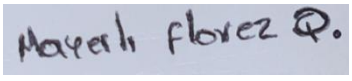
LA SUMA DE:
DOS MILLOES SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS ($2.781.250)

PERIODO:
EL 08 DE NOVIEMBRE AL 04 DE DICIEMBRE DE 2025

POR CONCEPTO DE: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1499 DE 2024 Y A LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL PARA LA
E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES.

"Se tomarán como Costos o Deducciones Asociados a la Rentas de Trabajo por los **Servicios Prestados (Rentas Exentas del Numeral 10 del Artículo 206 de ET"**	SI	NO
	X	

Cordialmente,



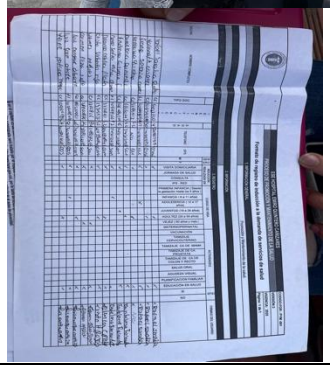
_____
MAYERLY FLOREZ QUINTANA
CC. 1.064.839.060
CELULAR: 3142606214
CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA 318-344248-03

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	**MAYERLY FLOREZ QUINTANA**	**CÉDULA**	**1.064.839.060**
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – PROGRAMA EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD – MUNICIPIO DE **OCAÑA**
PERFIL	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	**PERIODO DEL INFORME**	DEL 08 DE NOVIEMBRE DEL 2025 AL 04 DE DICIMEBRE DEL 2025
No. CONTRATO	910-2025		
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1499 DE 2024 Y A LOS LINEAMIENTOS 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 sobre las acciones o actividades de los equipos básicos.**	Informar a la comunidad sobre las acciones de los equipos básicos consiste en comunicar de manera clara y sencilla las actividades que realizan para promover el bienestar	

		colectivo. Esto incluye explicar sus labores de atención, prevención, acompañamiento y educación, con el fin de que la comunidad conozca los servicios disponibles, participe activamente y aproveche los recursos ofrecidos. Esta información fortalece la confianza, facilita la colaboración y permite que las personas estén mejor preparadas para identificar necesidades, prevenir riesgos y mejorar su calidad de vida	 
2	**Generar espacios de participación social y popular, veredas, barrios ymicro territorios**	Se realizaron visitas a los hogares exponiendo los beneficios de la misma y fortaleciendo con diagnóstico temprano con respectivo tratamiento, se evaluó el estado de salud de cada persona para identificar las dificultades al acceder a los servicios de salud brindándoles la educación correspondiente	  

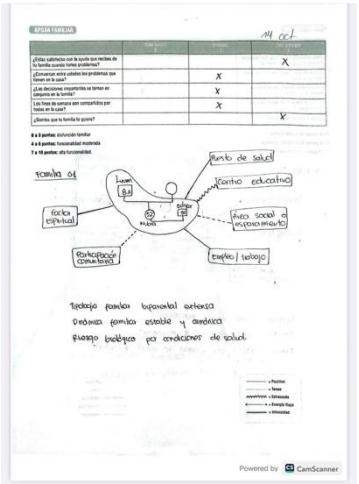
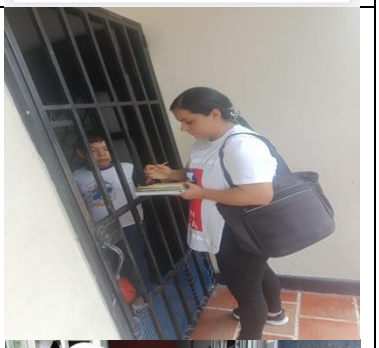
3	**Gestionar la prestación de los servicios de salud(promociónde la vida, educación, prevenciónde la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) de acuerdo con las necesidades identificadas, realizado canalizacióna las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario, complem entarioytele medicina)**	Se busca que cada hogar conozca y pueda acceder a los programas que se les pueden brindar según su ciclo de vida promoviendo, educando, asegurando que entiendan los programas y el objetivo así mismo se pudo evidenciar el desconocimiento de la importancia a los programas de salud como equipo se garantizo el aseso a recibir todos los programas de atención de los cuales carecen realizando dichas atenciones y la demanda inducida.	  
4	**Inducirla demanda de servicios de los eventos relaciona dos con las prioridades ensalud p ara la captación de cada uno de los ciclos de vida de la población segúnresol ución 3280 de 2018,**	Se diligencia el formato de demanda inducida con los datos personales del ciclo de vida programa y actividad establecido para la ejecución del presente contrato.	 

5	**captación y notificación de los eventos de intereses en salud publica**	Por medio de los equipos básicos en cada jornada de caracterización se desarrolla un control De personas asistidas y de los servicios de salud ofrecidos a cada usuario se anexe toda la información recolectada en el anexo 8	  
6	**Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia, persona y hogares**	En cada visita se enfocó al usuariosobre la orientación a los profesionales de salud como medicina general, psicología, Odontología, Según los hallazgos identificados en cada territorio utilizando los dispositivos médicos correspondientes para la valoración inicial como toma de signos vitales, toma de medidasantropométricas	 

7	**Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, e identificación de riesgos y alarma, promover prácticas de autocuidado.**	Se ofrece toda la promoción educativa por el hospital emiroQuintero Cañizares en salud en cada sede adscritas y en los equipos básicos fomento un entorno de prevención de cada enfermedad en el barrio José Antonio galán ofrecí del mismo modo pautas relevantes sobre medidas preventivas y posibles complicaciones de las patologías más frecuentes en adultos mayores y niños.	  
8	**Identificar las prioridades a nivelindividual, familiary colectivo, por edad, sexo, género y etnia**	la atención de ha realizado toma de signos vitales talla peso se hacen remisiones con el profesional medico que requiera según su necesidad por curso de vida tales como primera infancia, vejes, Niñes o con discapacidad con ayuda de el consolidado de caracterización. 9 en cada visita logré identificar el estado de afiliación de cada persona del barrio José Antonio galán se proporciona la información de inmediato y se notifica a la EPS a la que permanece.	 

9	**Verificarel estado de Aseguramiento en salud de los individuos y gestionar, de requerirse la afiliaciónala a la eps.**	En cada visita logré identificar el estado de afiliación de cada persona del barrio José Antonio galán se proporciona la información de inmediato y se notifica a la EPS a la que permanece .	
10	**Informar a las familias sobre el portafolios de serviciosdesalud de otros sectores de acuerdo con sus necesidades**	Se informa que el hospital emiroQuintero Cañizares y equipos básicos consiste de un amplio portafolio de servicios orientando de manera preventiva a cada usuario y cada programa según la necesidad de cada ciclo de vida o condición en general de salud .	

11	**Canalizarla ofertade servicios brindadapor otros sectores conforme a las necesidades y prioridades identificadas**	Gracias a cada visita se perfila a un considerable número de población que acceda a los servicios disponibles en la oferta presentada estas actividades también han permitido organizar brigadas para brindar atención y procesos pendientes de salud según la necesidad del barrio .	 
12	**Formular el plan de cuidado primario individual, familiar, col ectivo conbasea la identificaciónde las necesidades**	Teniendo en cuenta la necesidad de cada usuario se a promovido el cuidado a la comunidad orientando y garantizando demanda de servicios en temas familiares y escolares.	  

13	**Valoracióndel primer contacto deacuerdo con familiograma, APGAR,escala de sobrecarga ZARIT, ecomapa**	En conjunto con nuestra psicóloga de nuestro equipo número trece con el propósito de aplicar la ejecución y recopilación de datos personales de cada integrante en todos lo hogares llevando a cabo las condiciones del presente contrato identificando la estructura familiar, las relaciones biológicas, patrones ederitariosactual de cada núcleo familiar .	
14	**Caracterización socioambiental**	Basada en las condiciones del contrato de ingresaron datos personales de cada familia orientando hacia el programa de salud que mejor se ajusta a la necesidad de cada uno se identifico con presión la ubicación de cada vivienda utilizando de manera apropiada la plataforma del survey En cada jornada de caracterización.	  

15	**Apoyo a la lactanciamaterna**	Se consientisa la importancia de la lactancia materna y del vinculo de madre e hijo afectivo que se establece y la prevención de enfermedades gracias a la misma con apoyo de material visual se educa sobre las adecuadas técnicas de amamantar .	
16	**Gestión, remisiónde vacunación**	Se explico y se educó de manera grupal orientando a cada habitante de cada hogar sobre la importancia de la vacunación, teniendo al día y actualizado el carnet según su etapa de vida se educó sobre la prevención de múltiples enfermedades y la prevención oportuna gracias a la misma.	  
17	**Tomade muestras de laboratorio**	En ninguna salida de caracterización se logró realizar ninguna toma de laboratorios.	

CONTRATIASTA	
NOMBRE	NOMBRE DEL CONTRATISTA
FIRMA	FIRMAR EL INFORME DE ACTIVIDADES Mayerli flores Q.

LÍDER DEL EQUIPO

Mayerli flores Q.

CONTRATISTA

APOYO A LA SUPERVISIÓN TÉCNICA

compensar | miplanilla.com

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

Señor(a): MAYERLI FLOREZ QUINTANA
No. Identificación: CC1064839060
Dirección: CALLE 10 N13-35
Telefono: 3233414905
Correo: aportesenlinea2010@hotmail.com
Ciudad: OCAÑA
Número de Planilla: 8392415891

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MAYERLI FLOREZ QUINTANA	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1064839060	Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2025
Número de planilla	8392415891	Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2025
Fecha pago	2025-12-17	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	93653278	Total Pagado	441200
Banco	1023	Total Intereses de Mora	700

PAGADA
8392415891

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	34800	1
230301	Porvenir	228100	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	178300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1064839060
APELLIDOS Y NOMBRES: MAYERLI FLOREZ QUINTANA

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
EPS037	230301	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0

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