Ocaña, 20 de mayo de 2026

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

LUZ MARINA ORTIZ QUINTERO, identificado (a) con la cédula de ciudadanía 1.095.907.849 expedida en GIRON - 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	$ 13.800.000
VALOR CUENTA A PRESENTAR	$3.450.000
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	DEL 20 DE ABRIL AL 19 DE MAYO DE 2026
SUPERVISOR DEL CONTRATO	HOLGER ALEXIS SANTOS MALDONADO

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,

LUZ MARINA ORTIZ QUINTERO
CC. 1.095.907.849 DE GIRON SANTANDER

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No. 001
CONTRATO No 385-2026

DEBE A: LUZ MARINA ORTIZ QUINTERO

CC. 1.095.907.849

LA SUMA DE: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($3.450.000)

PERIODO:
DEL 20 DE ABRIL AL 19 DE MAYO DE 2026

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 212 DEL 2025 DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD, EN ÁREAS DE INFLUENCIA DEFINIDOS PARA LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN Y LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN 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,

LUZ MARINA ORTIZ QUINTERO
CC. 1.095.907.849 DE GIRON - SANTANDER
CELULAR: 3135860446
CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA: 357410752

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACION GENERAL			
NOMBRE	**LUZ MARINA ORTIZ QUINTERO**	**CEDULA**	1.095.907.849
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	**SERVICIO/AREA**	E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**PERIODO DEL INFORME**	DEL 20 DE ABRIL AL 19 DE MAYO DE 2026

No CONTRATO 385-2026

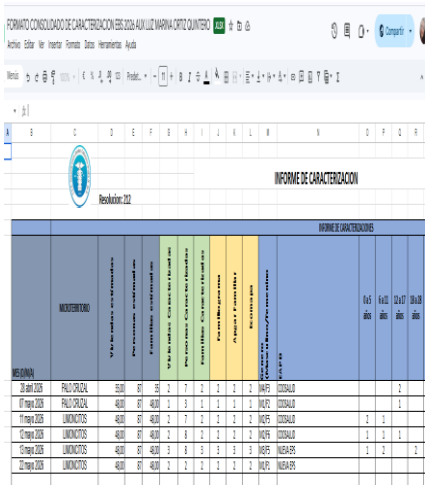
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN 212 DEL 2025 DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD, EN EL MUNICIPIO DE HACARÍ O AREAS DE INFLUENCIA DEFINIDOS PARA LA EJECUCION DE LA RESOLUCION Y LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
VIGENCIA	CUATRO MESES

CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

Se desarrollaron actividades obligacionales para la ejecución del contrato de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión durante el periodo indicado, mediante las siguientes actividades**:**

ITEM	ACTIVIDAD
1. Realizar y apoyar el proceso de caracterización de la población con una meta mínima de 150 mensuales mediante la aplicación de los formularios de caracterización APS, utilizando la aplicación SURVEY 123 y/o SI-APS u otra herramienta tecnológica implementada de acuerdo con los lineamientos del	1. Siguiendo los lineamientos estipulados por coordinación, realicé la recopilación y registro de los datos necesarios para el diligenciamiento del formato de caracterización, incluyendo datos personales de los miembros de cada familia, condiciones generales de salud, antecedentes familiares, régimen de salud, condiciones del entorno y los servicios en salud pendientes por

ministerio de salud y protección social, asegurando la veracidad de los datos recolectados.



2. Revisar la calidad de los datos registrados en cada formulario, garantizando que todos los formularios sean enviados correctamente a través de la aplicación. Se deberá asegurar que los formularios en estado de "Borrador" no sean validados, siendo únicamente válidos aquellos que hayan sido enviados correctamente.



3. Canalizar a los usuarios a la institución prestadora de servicio de salud primaria según los riesgos identificados la mortalidad evitable y la discapacidad prevenible y a través de la demanda inducida a

ejecutar, logrando conocer la situación actual de cada miembro de la comunidad.



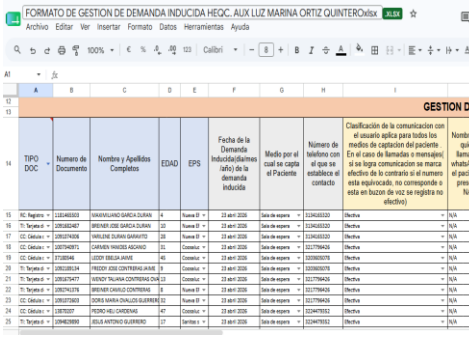
2. Los datos obtenidos en las jornadas de caracterización hasta la fecha han sido subidos por medio de la aplicación habilitada para tal fin KoboToolbox para que sean validados y evaluados por coordinación.

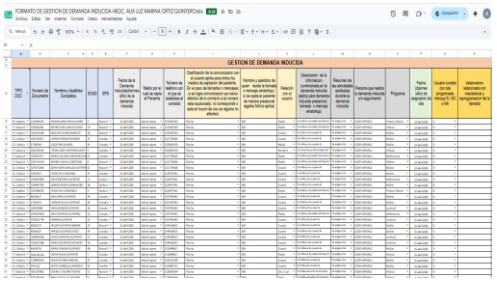


3. Realicé el diligenciamiento del formato de demanda inducida dispuesto para el desarrollo del presente contrato, logrando plasmar,

las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades (soportar con un acta en el que se evidencie al menos el 70% de efectividad).

datos personales, ciclo de vida, acciones en salud realizadas y el programa de promoción y mantenimiento de la salud que se adapta a cada usuario según los hallazgos encontrados, asimismo, digité dicha información en el anexo 8 del drive de mi equipo básico.





4. Cumplir las actividades asistenciales correspondientes a su perfil profesional que incluyen, pero no se limita: Toma de signos vitales relacionadas con el cuidado y seguimiento de la salud, y actividades de búsqueda y seguimiento y control dentro de los programas de promoción y mantenimiento de la salud, asegurando el cumplimiento de metas, seguimiento adecuado, dentro del marco de la implementación de la Resolución 3280 de 2018.

4. Con los dispositivos médicos entregados para la ejecución del presente contrato, realicé toma de signos vitales, peso, talla y medidas antropométricas de cada usuario captado en jornada de trabajo, facilitando la evaluación inicial de los pacientes y su direccionamiento con el profesional de medicina general y/o enfermería profesional según cada caso.





5. Realizar mínimo 150 planes de cuidado los cuales deben coincidir con las personas, hogares y comunidades caracterizadas y las educaciones impartidas soportada en los instrumentos correspondientes utilizando la aplicación SI-APS u otra herramienta tecnológica implementada de acuerdo con los lineamientos del ministerio de salud y protección social, asegurando la veracidad de los datos recolectados; siendo el principal suministro de las actividades especiales y se tomará para el seguimiento y aprobación del informe de actividades.

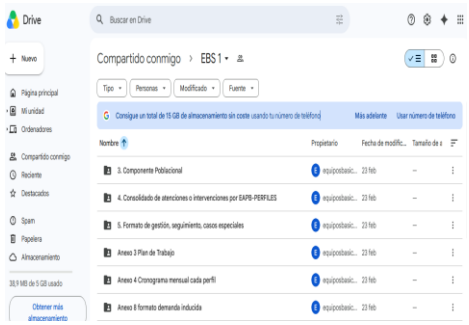


6. Remitir de manera oportuna la documentación solicitada por el coordinador para evaluar el cumplimiento del contrato, incluyendo: Informes en medio físico y magnético de las actividades ejecutadas, cronograma y otros documentos requeridos por el supervisor, conforme a sus facultades.

5. Después de realizar las intervenciones correspondientes a cada día trabajado, diseñé un plan de cuidados teniendo en cuenta las condiciones de salud de cada usuario, momento de vida, programa de promoción y mantenimiento según ciclo de vida y sexo- género, desarrollando un trabajo en salud completo y optimizando los servicios ofrecidos por los equipos básicos realizando el respectivo ingreso y cargue de la información.



6. En el drive de trabajo de equipo básico reposa la información correspondiente al mes de abril y mayo, donde registré días laborados, pacientes intervenidos, actas de educación grupal e individual, demanda inducida indicando su efectividad, cronograma mensual, dando cumplimiento a los requerimientos estipulados en el contrato de trabajo.



ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	26/04/2025	7:00 A.M.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LUZ MARINA ORTIZ QUINTERO	3152869446	CASA	OCAÑA	
ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	27/04/2025	7:00 A.M.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LUZ MARINA ORTIZ QUINTERO	3152869446	CASA	OCAÑA	
VISITAS DOMICILIARIAS TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS, EDUCACION EN SALUD, REALIZACION DE CARACTERIZACION SOCIAL TOMA DE SIGNOS VITALES	28/04/2025	7:00 A.M.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LUZ MARINA ORTIZ QUINTERO	3152869446	PALO CRUZAL	PALO CRUZAL	
VISITAS DOMICILIARIAS TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS, EDUCACION EN SALUD, REALIZACION DE CARACTERIZACION SOCIAL TOMA DE SIGNOS VITALES	29/04/2025	7:00 A.M.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LUZ MARINA ORTIZ QUINTERO	3152869446	LA MADERA	LA MADERA	LA ACTIVIDAD NO SE E PRESENCIA DE GRUP EN LA ZONA
ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	30/04/2025	7:00 A.M.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LUZ MARINA ORTIZ QUINTERO	3152869446	CASA	OCAÑA	

7. Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-genero, etnia, entre otras características pertinentes y por micro territorios asignados que deben ser soportados en las actas de cartografía, determinantes y barreras.

7. Junto con la enfermera profesional de mi equipo de trabajo, realicé el diseño y creación de las actas mensuales, donde se registraron datos estadísticos de las caracterizaciones, intervenciones por cada perfil, personas no afiliadas al sistema de salud, determinantes y barreras presentadas al momento de prestar el servicio de salud.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

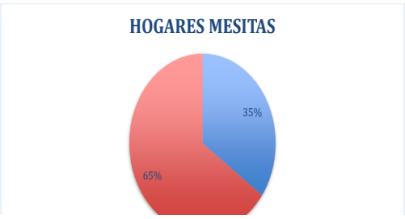
Para el fortalecimiento de la gestión territorial basada en atención primaria en salud-APS y la operación de los Equipos Básicos de Salud en el marco de la implementación del modelo de salud preventivo y predictivo en el municipio de Hacarí, el EBS del territorio Mesitas con el fin identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo, genero, etnia, entre otras características y condiciones de salud por microterritorio asignado.

En el mes de abril y mayo se realizó la caracterización socio ambiental individual y familiar en los diferentes hogares del microterritorio de las veredas Palo cruzal, la Madera y limoncitos del territorio de Mesitas del municipio de Hacarí, donde se identificaron las condiciones de salud, necesidades según los ciclos de vida a través de la clasificación de los determinantes de salud.

POBLACIÓN ATENDIDA	GRUPO DE EDAD								
Determinante de salud	0 - 5	6 - 11	12-17	18-28	29-59	60 o más	femenino	masculino	TOTAL
Personas encuestadas	18	20	20	25	64	4	81	70	151
Casa con alguna condición de riesgo (deslizamiento, derrumbe, materiales inadecuados para la salud humana)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vivienda propia	8	15	13	17	53	3			109
Casa con servicio de acueducto veredal	18	20	20	25	64	4	81	70	151
Casa con servicio del	0	0	0	0	0	0	0	0	0

El ingreso a los hogares no solo facilitó la caracterización del riesgo familiar, sino que sirvió como el mecanismo fundamental para activar la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS). Con esto, se gestionó la canalización activa de la población hacia los servicios de detección temprana y protección específica, promoviendo el autocuidado a través de talleres de educación en salud dirigidos a mitigar las conductas de riesgo y la automedicación en el núcleo familiar.

Municipio	Número de Hogares a intervenir	Número de Hogares Intervenidos	% Ejecución
Hacarí	83	54	65.1%



8. Brindar 20 educaciones grupales y 20 educaciones individuales al mes 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 según ciclo de vida (soportada con material impreso o físico

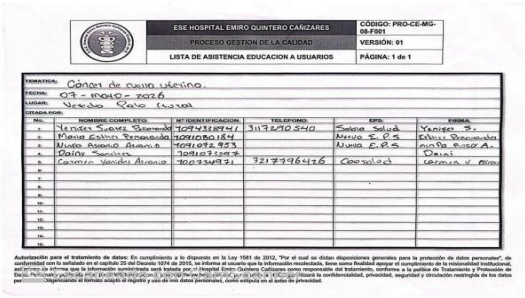
8. Durante el periodo de visitas domiciliarias, realicé charlas educativas de manera grupal e individual, tomando evidencia fotográfica y plasmando los datos personales de los usuarios captados para dicha actividad, de igual manera realicé el diligenciamiento de las respectivas actas de educación que reposan en el drive de trabajo, anexo

informativo, lista de asistencia y fotos por acta).

SOPORTE ACTAS DE EDUCACION.





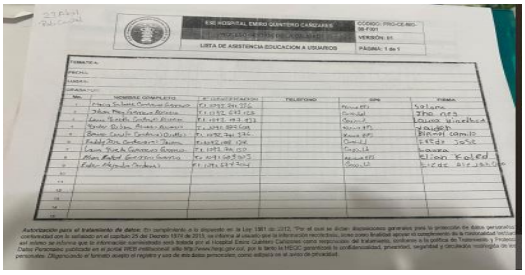


ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	CÓDIGO: PRO-CE-MG-08-F001
PROCESO GESTION DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 01
LISTA DE ASISTENCIA EDUCACION A USUARIOS	PÁGINA: 1 de 1

TEMÁTICA: Cáncer de cuello uterino.
FECHA: 07 - mayo - 2026
LUGAR: Vereda Palo Alto
DITADA POR:

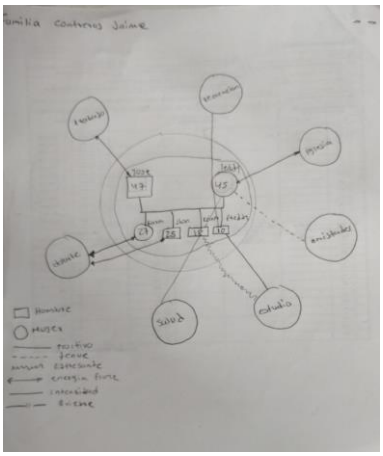
No.	NOMBRE COMPLETO:	N° IDENTIFICACION:	TELEFONO:	EPS:	FIRMA:
1.	Yaniris Suarez Serrano	1094931841	3137290540	Savia Salud	Yaniris S.
2.	Maria Esther Benavides	1091080184		Nueva E.P.S	Esther Benavides
3.	Nuris Arenas Arenas	1091092993		Nueva E.P.S	nuris arenas A.
4.	Paola Serrano	1081031098		Cruz	Paola Serrano
5.	Carmen Yaneth Arenas	1003334971	3217996476	Coosalud	carmen y Arenas
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

Autorización para el tratamiento de datos: En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", de conformidad con lo señalado en el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015, se informa al usuario que la información recolectada, tiene como finalidad apoyar el cumplimiento de la misionalidad institucional, así mismo se informa que la información suministrada será tratada por el Hospital Emiro Quintero Cañizares como responsable del tratamiento, conforme a la política de Tratamiento y Protección de Datos Personales publicada en el portal WEB institucional: sitio http://www.hecp.gov.co/, por lo tanto la HECC garantizará la confidencialidad, privacidad, seguridad y circulación restringida de los datos personales. Dilgenciando el formato acepto el registro y uso de mis datos personales, como estipula en el aviso de privacidad.



9. Apoyar en la realización de instrumentos durante la caracterización a) Familiograma b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa.

9. Recopilé datos como fallecimientos, vínculos familiares, religión, condiciones generales de salud, matrimonios, número de hijos y participación de los miembros de la familia en las labores cotidianas con el fin de brindar apoyo al profesional en psicología en la aplicación de los diferentes instrumentos requeridos en la caracterización.





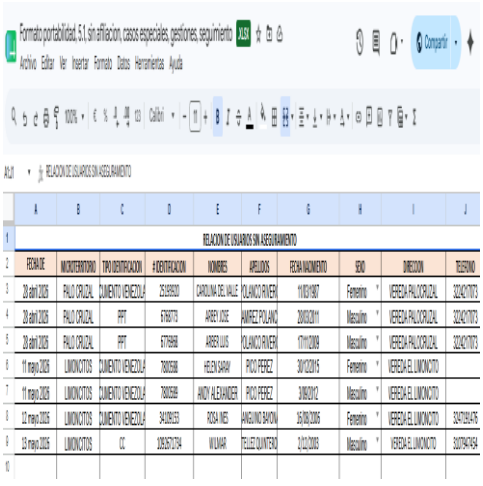
10. Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina. A través del diligenciamiento del anexo 5.1 y gestión efectiva de la necesidad de la persona, familia y comunidad.



11. Realizar seguimiento efectivo a los hallazgos e intervenciones con la familia, personas, comunidades establecidas en el Plan de Cuidado, teniendo en cuenta que en el seguimiento del plan de cuidado cada uno de los integrantes de los equipos básicos de salud cumple un rol integrando las acciones para la efectividad de las intervenciones.



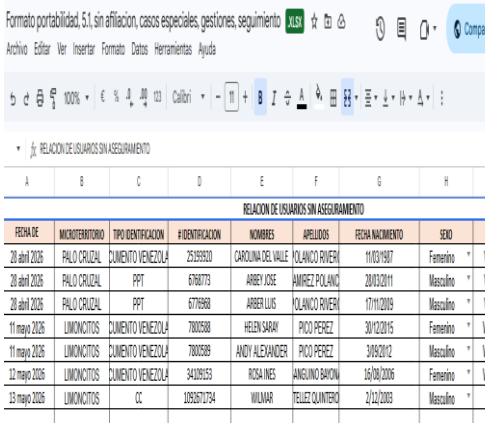
10. Al momento de realizar las respectivas intervenciones, recopilé datos personales, régimen de salud, condiciones actuales, programa de promoción y mantenimiento que se adapta a cada uno de ellos y realicé el respectivo registro en el formato 5.1 del drive, indicando las acciones en salud efectuadas, seguimientos y direccionamientos realizados.



11. Después de realizar las respectivas captaciones para los perfiles profesionales de mi equipo de trabajo, realicé abordaje a los usuarios con el fin de conocer la evolución de los síntomas, indicaciones en las fórmulas médicas, administración de medicamentos y las pautas para la asistencia a las citas de interconsulta y ayudas diagnosticas ordenadas.



12. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación soportando en los anexos correspondientes.



Formato portabilidad, 5.1, sin afiliacion, casos especiales, gestiones, seguimiento .XLSX

Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Ayuda

RELACION DE USUARIOS SIN ASEGURAMIENTO

RELACION DE USUARIOS SIN ASEGURAMIENTO								
FECHA DE	MICROTERRITORIO	TIPO IDENTIFICACION	# IDENTIFICACION	NOMBRES	APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	SEXO	
28 abril 2026	PALO CRUZAL	CUMENTO VENEZOLA	25159310	CAROLINA DEL VALLE	OLANICO RIVER	11/03/1987	Femenino	"
28 abril 2026	PALO CRUZAL	PPT	6768773	ARBEY JOSE	AMIREZ POLANC	28/03/2011	Masculino	"
28 abril 2026	PALO CRUZAL	PPT	6778968	ARBER LUIS	OLANICO RIVER	17/11/2009	Masculino	"
11 mayo 2026	LIMONCITOS	CUMENTO VENEZOLA	7800588	HELEN SARAY	PICO PEREZ	30/12/2015	Femenino	"
11 mayo 2026	LIMONCITOS	CUMENTO VENEZOLA	7800588	ANDY ALEXANDER	PICO PEREZ	3/08/2012	Masculino	"
12 mayo 2026	LIMONCITOS	CUMENTO VENEZOLA	34109153	ROSA INES	ANGUNO BAHON	16/08/2006	Femenino	"
13 mayo 2026	LIMONCITOS	CC	1092671734	WILMAR	TELLEZ QUINTERO	2/12/2003	Masculino	"

12. Al momento de realizar el respectivo registro inicial de historias clínicas de los pacientes, logré la captación de una cantidad importante de usuarios sin afiliación o desconocimiento del régimen de salud, realicé el registro de dichos datos en el anexo 5.1 SIN AFILIACION, direccionando dichos datos a coordinación para su proceso de gestión.



CONTRATIASTA	
NOMBRE	LUZ MARINA ORTIZ QUINTERO
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1095907849	LUZ MARINA ORTIZ QUINTERO	cale 10 n 13-35	323344906	aportesenlinea2010@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		NORTE DE SANTANDER	OCAÑA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83716243	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$199.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
MIN002	MIN002 Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	80.300	0		0		0	6	400	0	80.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	102.800	0	0	0	0	6	500	0	103.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.700				15.700	6	100	15.800			157	15.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	80.300	80.700
Pensión	1	102.800	103.300
Riesgos Laborales	1	15.700	15.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	198.800	199.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1095907849	LUZ MARINA ORTIZ QUINTERO	cale 10 n 13-35	323344906	aportesenlinea2010@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		NORTE DE SANTANDER	OCAÑA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83716243	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$199.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1095907849	ORTIZ QUINTERO LUZ MARINA	59	0			N	X																231001	641.999	11	102.800	0	0	0	0	MIN002	641.999	11	80.300	14-23	641.999	11	3	15.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1095907849	LUZ MARINA ORTIZ QUINTERO	cale 10 n 13-35	323344906	aportesenlinea2010@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		NORTE DE SANTANDER	OCAÑA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83716574	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
MIN002	MIN002 Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1095907849	LUZ MARINA ORTIZ QUINTERO	cale 10 n 13-35	323344906	aportesenlinea2010@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		NORTE DE SANTANDER	OCAÑA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83716574	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1095907849	ORTIZ QUINTERO LUZ MARINA	59	0			N																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	MIN002	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona ORTIZ QUINTERO,LUZ MARINA identificado(a) con CC 1095907849 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS AH Cuentas Privadas No. 357410752 desde el 23 de diciembre de 2025, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 17 de marzo de 2026, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota

Powered by CamScanner