Ocaña, 20 DE JULIO DEL 2026

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

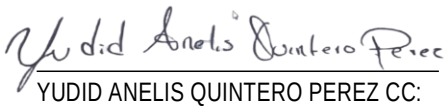
Yo, Yudid Anelis Quintero Pérez identificado (a) con la cédula de ciudadanía N°1004941849 expedida en Pamplona 16 de febrero del 2009 me permito mediante el presente escrito, presentar los documentos que se anexan a la presente para que sean revisados por quien corresponda en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, con base a los siguientes datos, a saber:

VALOR DEL CONTRATO	$ 13.800.0000 MIL PESOS
VALOR CUENTA A PRESENTAR	$ 3.450.000 MIL PESOS
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	DEL 10 DE JUNIO AL 9 JULIO
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:



YUDID ANELIS QUINTERO PEREZ CC:
1004941849

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES NIT
890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No. 3
CONTRATO No. 219-2026

DEBE A:
YUDID ANELIS QUINTERO PEREZ CC:
1004941849

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

PERIODO:
DEL 10 DE JUNIO AL 9 DE JULIO DEL 2026

POR CONCEPTO DE:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCION 212 DEL 2025 DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD, EN EL MUNICIPIO DE HACARI O AREAS DE INFLUENCIA DEFINIDOS PARA LA EJECUCION DE LA RESOLUCION Y LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISRERIO 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:

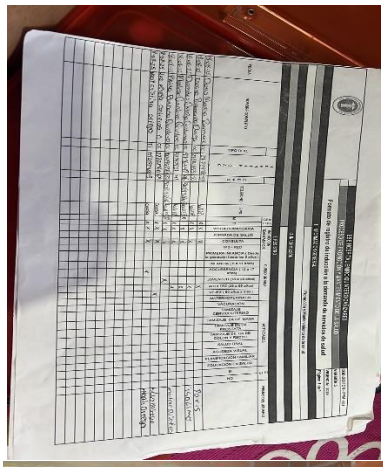
YUDID ANELIS QUINTERO PEREZ
C.C. 1004941849
CELULAR: 3218837801
CUENTA DE (AHORROS) BANCOLOMBIA No CUENTA (31855551198)

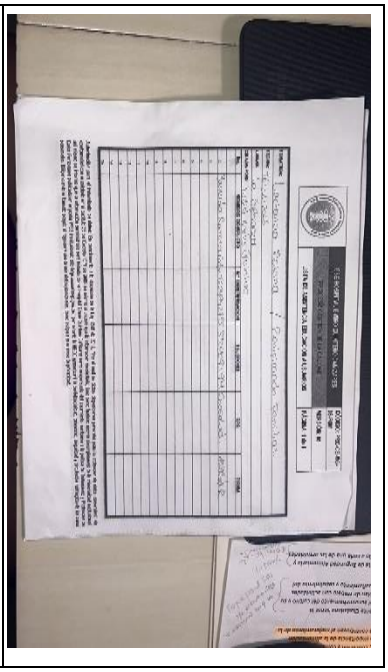
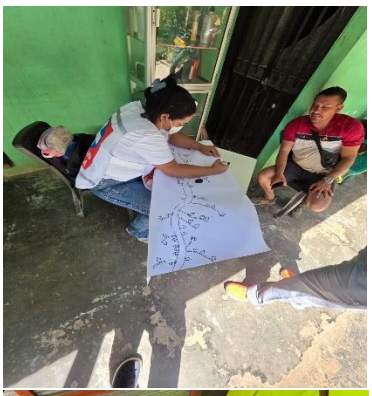
INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	**YUDID ANELIS QUINTERO PEREZ**	**CÉDULA**	1004941849
SUPERVISOR	**SUBGERENCIA CIENTIFICA**	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – PROGRAMA EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD – MUNICIPIO DE HACARI.
PERFIL	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	**PERIODO DEL INFORME**	DEL 10 DE JUNIO AL 9 DE JULIO DE 2026
NO. CONTRATO	219-2026		
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCION 212 DEL 2025 DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD, EN EL MUNICIPIO DE HACARI O AREAS DE INFLUENCIA DEFINIDOS PARA LA EJECUCION DE LA RESOLUCION Y LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISRERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL PARA LA E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES.		
VIGENCIA	4 MESES		

INFORME DE ACTIVIDADES

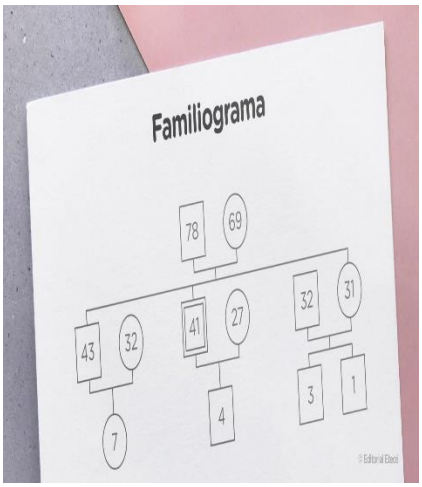
CONTROL DE ACTIVIDADES			
N	OBLIGACIONES, ESPECIFICAS	ACTIVIDAD EJECUTADA	EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD
1	REALIZAR Y APOYAR EL PROCESO DE CARACTERIZACION DE LA POBLACION CON UNA META MINIMA DE 150 MENSUALES MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LOS FORMULARIOS DE CARACTERIZACION APS, UTILIZANDO LA APLICACIÓN SURVEY Y/O SI-APS U OTRA HERRAMIENTA TECNOLOGICA IMPLEMENTADA DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, ASEGURANDO LA VERACIDAD DE LOS DATOS RECOLECTADOS.	DURANTE EL PERÍODO CORRESPONDIENTE, SE LLEVÓ A CABO EL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN DE LAS DIFERENTES VEREDAS ASIGNADAS MEDIANTE VISITAS DOMICILIARIAS ACTIVIDAD QUE PERMITIÓ RECOPILAR Y ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DE LOS USUARIOS, ASÍ COMO IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES, FAMILIARES Y COMUNITARIOS,	

2	REVISAR LA CALIDAD DE LOS DATOS REGISTRADOS EN CADA FORMULARIO, GARANTIZANDO QUE TODOS LOS FORMULARIOS SEAN ENVIADOS CORRECTAMENTE ATRAVES DE LA APLICACIÓN.SE DEVERA ASEGURAR QUE LOS FORMULARIOS EN ESTADO DE “BORRADOR” NO SEAN VALIDOS, SIENDO UNICAMENTE VALIDO AQUELOS QUE HALLAN SIDO ENVIADOS CORRECTAMENTE.	SE DESARROLLÓ EL PROCESO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD DE LOS FORMULARIOS DILIGENCIADOS, EVALUANDO LA COHERENCIA, COMPLETITUD Y CONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA, CON EL PROPÓSITO DE GARANTIZAR LA CONFIABILIDAD DE LOS DATOS. ASIMISMO, LA VALIDACIÓN Y OPORTUNO REPORTE DE LOS REGISTROS, EN CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.	 
3	CANALIZAR A LOS USUARIOS A LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD PRIMARIA SEGÚN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS LA MORTALIDAD EVITABLE Y LA DISCAPACIDAD PREVENIBLE Y ATRAVES DE LA DEMANDA INDUCIDA A LAS FAMILIAS SOBRE EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE SALUD Y DE OTROS SECTORES CON SUS NESECIDADES (SOPORTAR CON UN ACTA EN EL QUE SE EVIDENCIE AL MENOS EL 70% DE EFECTIVIDAD)	SE IDENTIFICAN NECESIDADES DE SALUD DURANTE LAS INTERVENCIONES COMUNITARIAS, DONDE SE ORIENTÓ A LOS USUARIOS HACIA LOS SERVICIOS DE SALUD CORRESPONDIENTES, FORTALECIENDO LA DEMANDA INDUCIDA Y EL ACCESO OPORTUNO A LA ATENCIÓN. ASIMISMO, SE REALIZÓ SEGUIMIENTO A LAS REMISIONES PARA VERIFICAR LA CONTINUIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL E IDENTIFICAR POSIBLES BARRERAS DE ACCESO.	 

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 SEGUIMIEMTO DE LA SALUD, Y ACTIVIDADES DE BUSQUEDAS Y SEGUIMIENTO Y CONTROL DENTRO DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, ASEGURANDO EL CUMPLIMIENTO DE METAS, SEGUIMIENTO ADECUADO, DENTRO DEL MARCO DE IMPLEMENTACION DE LA RESOLUCION 3280 DE 2018.	SE PARTICIPÓ EN CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL ÁREA DE DESEMPEÑO, EMPLEANDO LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA VALORACIÓN BÁSICA DE LOS USUARIOS. DENTRO DE LAS ACCIONES EJECUTADAS SE INCLUYERON LA TOMA DE SIGNOS VITALES PESO Y TALLA, ACOMPAÑAMIENTO DURANTE LA ATENCIÓN POR CADA UNO DE LOS PROFESIONALES Y ORIENTANDO A LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD,	 
5	REALIZAR MINIMO 150 PLANES MENSUALES,LOS CUALES DEBEN COINCIDIR CON LAS PERSONAS,HOGARES Y COMUNIDADES CARACTERIZADAS Y LAS EDUCACIONES IMPATIDAS SOPORTADA EN LOS INSTRUMENTOS CORRESPONDIENTES UTILIZANDO LA APLICACIÓN SI-APG U OTRA HERRAMIENTA TECNOLOGICA IMPLEMENTADA DEACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL,ASEGURANDO LA VERASIDAD DE LOS DATOS RECOLECTADOS.,SIENDO EL PRINCIPAL SUMINISTRO DE LAS ACTIVIDADES ESPECIALES Y SE TOMARA PARA EL SEGUIMIENTO Y APROVACION DEL INFOME DE ACTIVIDADES.	SE APOYÓ LA ELABORACIÓN Y AJUSTE DE LOS PLANES DE ATENCIÓN DIRIGIDOS A PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDADES, TOMANDO COMO REFERENCIA LOS RESULTADOS OBTENIDOS DURANTE EL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN. ASIMISMO, SE GARANTIZÓ EL REGISTRO OPORTUNO Y ADECUADO DE LA INFORMACIÓN CON LAS HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS DISPUESTAS PARA GARANTIZAR UN MEJOR RESULTADO.	 

6	REMITIR DE MANERA OPORTUNA LA DOCUMENTACION SOLICITADA POR EL COORDINADOR PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, INCLUYENDO: INFORMES EN MEDIO FISICO Y MAGNETICO DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, CRONOGRAMA Y OTROS DOCUMENTOS REQUIREDOS POR EL SUPERVISOR, CONFORME A SUS FACULTADES.	SE ENTREGÓ DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE AL SEGUIMIENTO CONTRACTUAL, INCLUYENDO LOS INFORMES DE GESTIÓN, REGISTROS DE ACTIVIDADES, BASES DE DATOS Y DEMÁS SOPORTES REQUERIDOS POR LA SUPERVISIÓN, TANTO EN FORMATO FÍSICO COMO DIGITAL.	
7	IDENTIFICAR LAS PRIORIDADES DE RESPUESTA INDIBIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA POR EDAD SEXO-GENERO, EGNIA, ENTRE OTRAS CARACTERISTICAS PERMINENTES Y POR MICROTERITORIOS ASIGNADOS QUE DEBEN SER SOPORTADOS EN LAS ACTAS DE CARTOGRAFIA, DETRMINANTES Y BARRERAS	SE REALIZÓ EL ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN, TENIENDO EN CUENTA LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LAS CONDICIONES DEL TERRITORIO, CON EL FIN DE ORIENTAR LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD.	 

8	BRINDAR COMO MINIMO 20 EDUCACIONES GRUPALES Y 20 EDUCACIONES INDIVIDUALES AL MES PARA LA SALUD E INFORMACION ORIENTADA A LA PROMOCION DE LA SALUD, PREVENCION DE LA ENFERMEDAD, IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA Y ADOPCION DE PRACTICAS Y CUICADO DE SI MISMO Y DE LOS DEMAS DE SU ENTORNO SEGÚN CICLO DE VIDA (SOPORTADA CON MATERIAL IMPRESO O FISICO INFORMATIVO LISTA DE ASISTENCIA Y MAS DE TRES FOTOS POR ACTA)	SE EJECUTARON JORNADAS EDUCATIVAS COLECTIVAS Y ORIENTACIONES INDIVIDUALES ENFOCADAS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y EL FORTALECIMIENTO DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO. PARA SU DESARROLLO SE UTILIZARON ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS, MATERIAL DE APOYO Y SE REALIZÓ EL REGISTRO DE LOS PARTICIPANTES CON SU RESPECTIVA EVIDENCIA FOTOGRÁFICA.	 

9	APOYAR EN LA REALIZACION DE INSTRUMENTOS DURANTE LA CARACTERIZACION A) FAMILIOGRAMA B) APGAR FAMILIAR C) ESCALA DE SOBRE CARGA DEL CUIDADOS DE ZARIT D) ECOMAPA.	SE BRINDÓ APOYO EN LA APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN FAMILIAR, COMO EL FAMILIOGRAMA, APGAR FAMILIAR, ECOMAPA Y ESCALA DE ZARIT, PERMITIENDO IDENTIFICAR LAS DINÁMICAS FAMILIARES, LAS REDES DE APOYO Y LOS FACTORES DE RIESGO, COMO INSUMO PARA LA PLANIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD.	
10	GESTIONAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD (PROMOCION DE LA SALUD, EDUCACION, PREVENCION DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO, REALBILITACION Y CUIDADOS PALIATIVOS), DE ACUERDO CON LAS NESECIDADES IDENTIFICADAS, REALIZANDO LA CANALIZACION A LAS DIFERENTES MODALIDADES (EXTRAMURAL, INTRAMURAL EN PRESTADOR PRIMARIO O COMPLEMENTARIOY TELEMEDICINA.ATRAVES DEL DLIIGENCEAMIENTO DEL ANEXO 5.1 Y GESTION EFECTIVA DE LA NESECIDAD DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD.	SE ORIENTO A LA COMUNIDAD SOBRE EL ACCESO A LOS DIFERNTES SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE LA CANALIZACIÓN Y EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS, CONTRIBUYENDO A UNA ATENCIÓN INTEGRAL Y OPORTUNA DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS.	 

11	REALIZAR SEGUIMIENTO EFECTIVO A LOS HALLAZGOS E INTERVENCIONES CON LA FAMILIA, PERSONAS, COMUNIDADES ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE CUIDADO, TENIENDO EN CUENTA QUE EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE CUIDADO CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD CUMPLE UN ROL INTEGRANDO LAS ACCIONES PARA LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES.	SE REALIZÓ EL MONITOREO CONTINUO DE LAS ACCIONES ESTABLECIDAS EN LOS PLANES DE CUIDADO, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y LA EVOLUCIÓN DE LAS SITUACIONES IDENTIFICADAS, EN COORDINACIÓN CON LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD.	

12	IDENTIFICAR PERSONAS NO AFILIADAS AL SISTEMA DE SALUD Y GESTIONAR EL TRAMITE DE AFILIACION SPORTANDO EN LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES.	MEDIANTE LA EGECUCION SE IDENTIFICARON PERSONAS SIN COBERTURA EN EL SISTEMA DE SALUD Y SE BRINDÓ ASESORÍA DURANTE EL PROCESO DE AFILIACIÓN, ORIENTANDO SOBRE LOS REQUISITOS, LA VALIDACIÓN DE LOS DOCUMENTOS Y QUE SE LOGRE EL ODJETIVO.	

CONTRATIASTA	
NOMBRE	YUDID ANELIS QUINTERO PEREZ
FIRMA	

Yudid Anelis Quintero Perez

Yudid Anelis Quintero Perez

CONTRATISTA

PLANILLA PAGADA MES DE JUNIO

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	1004941849	YUDID ANELIS QUINTERO PEREZ	calle 10 13-35	5622463	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
		92810896	19/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	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					
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	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
230301	Porvenir	800224808-8	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

Escaneado con CamScanner

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	1004941849	YUDID ANELIS QUINTERO PEREZ	calle 10 13-35	5622463	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
		92810896	19/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	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	Suscriptor	Extranjero	Colombia, residente	Extranjero	IGE	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	COMISIONES	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 1004941849	QUINTERO PEREZ YUDID ANELIS	59	0		N																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PLANILLA PAGADA MES DE JULIO

compensar | miplanilla.com

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

Señor(a): YUDID ANELIS QUINTERO PEREZ
No. Identificación: CC1004941849
Dirección: CALLE 10 13-35
Telefono: 5622463
Correo: aportesenlinea2010@hotmail.com
Ciudad: OCAÑA
Número de Planilla: 8393714874

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YUDID ANELIS QUINTERO PEREZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1004941849	**Periodo de Cotización Salud**	julio de 2026
Número de planilla	8393714874	**Periodo de Cotización Pensión**	julio de 2026
Fecha pago	2026-07-27	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	37413306	**Total Pagado**	541800
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA 8393714874

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	42700	1
230301	Porvenir	280200	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	218900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1004941849
APELLIDOS Y NOMBRES: YUDID ANELIS QUINTERO PEREZ

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
EPS041	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

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

Certificación
Bancaria

Miércoles, 04 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que YUDID ANELIS QUINTERO PEREZ identificado(a) con CC 1004941849, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	31855551198	2023-07-28	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co