ACTA DE SUPERVISION No. 2 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 17 DE MARZO AL 17 DE ABRIL 2026 FECHA DEL INFORME:20/04/2026							
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO							
No. Contrato o convenio:	2026-024						
Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA						
Clase de Contrato o convenio:	SERVICIOS						
No. de Registro Presupuestal:	20260074						
Fecha Inicio:	*17/02/2026*						
Fecha Terminación:	17/05/2026						
El contrato cuenta con prorroga	Si		No	X	**Fecha de terminación incluyendo prorroga**		
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución en este periodo.	66.6%						
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	66.6%						
Nombre del contratista:	NASLY DAJHANA HINCAPIE MUELAS						
CC / Nit:	C.C. No. 1.116.160.710						
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ						
Cargo del Supervisor:	Sub-directora Científica						

I. **OBLIGACIONES O ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO Y QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO O COVENIO Teniendo en cuenta la naturaleza y tipo de contrato o convenio de conformidad con lo establecido en la cláusula No _6_ Literal B se presenta el informe correspondiente.**

1) Diligenciar y actualizar la ficha de caracterización al individuo y las familias de la zona a intervenir.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante este periodo, la intervención en el microterritorio de **Puente Tierra** se centró en un acompañamiento permanente que optimizó la orientación sobre rutas de atención integral. Gracias a los procesos de **tamizaje**, logramos priorizar casos de vulnerabilidad crítica y mejorar la coordinación entre los Equipos Básicos y servicios complementarios. Un factor clave fue la alianza con los **líderes comunitarios**, quienes facilitaron la identificación de necesidades y la gestión de soluciones, asegurando un impacto positivo y continuo en la población.
Evidencia:

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS


2) Brindar información en salud a las familias y el individuo de carácter individual o grupal

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
La implementación estratégica del modelo de APS permitió elevar los estándares de bienestar mediante intervenciones pedagógicas y clínicas de alta precisión. La fase diagnóstica se fundamentó en la aplicación sistemática de instrumentos como el **Apgar familiar, el Familiograma y la escala de Zarit**, permitiendo una caracterización detallada de la dinámica familiar y el nivel de sobrecarga de los cuidadores. Estos hallazgos sustentaron la creación de planes de cuidado individualizados y el desarrollo de talleres educativos con enfoque diferencial. El resultado principal fue la consolidación de una cultura de autocuidado y la promoción de la participación activa de los usuarios como agentes de su propia salud.
Evidencia  

3) Notificar al médico cualquier evento de resolución inmediata.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el ciclo reportado, la intervención se centró en derribar las barreras de acceso vinculadas al temor al diagnóstico y la disponibilidad de tiempo de los usuarios. Mediante **talleres de desmitificación y sensibilización**, se logró reducir la desinformación y fortalecer la confianza en el sistema de salud. En el componente clínico, se garantizó la atención especializada para pacientes con **ITS (VIH, Sífilis y Hepatitis B)**, asegurando el seguimiento por laboratorio y el inicio oportuno de esquemas terapéuticos. Este abordaje integral no solo mejoró la **adherencia al tratamiento**, sino que consolidó un vínculo de credibilidad y cercanía con la comunidad.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Evidencias: 

4) Orientar a la comunidad hacia los servicios sociales y de salud

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante la caracterización en el microterritorio de **Puente Tierra (Yotoco)**, se detectó población afiliada a instituciones fuera de la localidad. Ante esto, la **ESE Hospital Local de Yotoco** implementó una estrategia de sensibilización sobre los beneficios de la atención territorializada, destacando la oportunidad y cercanía del servicio. Respetando la libre elección de los usuarios, se garantizó la continuidad del cuidado mediante la **gestión de formatos de remisión por ciclo de vida**, asegurando el seguimiento de tratamientos sin interrupciones. Además, el equipo multidisciplinario (Medicina, Enfermería, Psicología y Odontología) eliminó barreras de acceso con horarios flexibles y promovió servicios clave de detección temprana, como la **citología**, fortaleciendo la cultura de prevención y el respaldo institucional.
Evidencia 

5) Participar activamente de los procesos de inducción y re inducción; las reuniones del equipo de trabajo y programación de estrategias y actividades

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se participó en las siguientes reuniones • Reunión técnica de territorio • Encuentro técnico para mejoramiento de la gestión de los EBS • Entrega y/o ajustes de informe

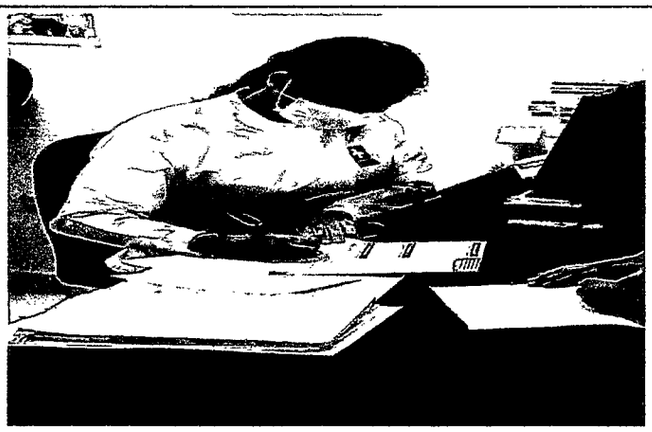
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
• Capacitación sobre riesgos biologicos • Organización de papelería para caracterizacion
Evidencia 

6) Realizar apoyo en las convocatorias a los procesos que realiza el EBS.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En el marco de las jornadas de caracterización, se implementó un modelo de **atención integral** enfocado en el tamizaje y diagnóstico preventivo. La intervención incluyó: • **Monitoreo Clínico:** Control de constantes vitales y aplicación de una batería diagnóstica completa (hemogramas desde los 9 años, química sanguínea —glucosa, perfil lipídico, creatinina— y tamizaje de ITS). • **Gestión Administrativa:** Se optimizó el flujo de atención mediante el soporte directo en la gestión de historias clínicas y órdenes médicas. Este esfuerzo conjunto permitió elevar los estándares de **detección temprana** y asegurar que los usuarios accedieran de manera efectiva a los servicios de salud primaria en su propio territorio.
 Evidencia

7) Digitalizar, consolidar y archivar la información recolectada si aplica

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En el periodo reportado se realiza el diligenciamiento de los siguientes formatos de los diferentes procesos de equipos básicos en salud: • Formulario de caracterización EQB • Registros demandas inducida APS • Desistimientos informados de caracterización • Formato de Facturación de servicios • Formato de Historia clínica tamizaje intervenciones en salud individual

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
• Finnish Risk Score • Riesgo Cardiovascular- OMS • Registro diario de consulta medica • Capacitación sobre riesgos biologicos Con el fin de Gestionar el riesgo en salud de los individuos de cada programa y cumplir con cada ciclo de vida.
EVIDENCIA 

8) Notificar al coordinador las incidencias que se presenten en el desarrollo de la labor, así como también sus herramientas de trabajo

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante la fase de caracterización, se identificaron desafíos operativos relacionados con la ubicación geográfica y la receptividad de algunos sectores. Pese a los esfuerzos de localización, se registró un margen de **desistimientos informados**, atribuidos principalmente a viviendas desocupadas o desinterés explícito. Ante esta situación, se notificó formalmente a la **Jefatura de Enfermería** para analizar las causas raíz y proponer soluciones de impacto. Como medida inmediata, se ha diseñado una **reestructuración de las visitas domiciliarias** con horarios alternativos adaptados a las jornadas laborales de la población. Esta acción se complementará con un fortalecimiento de la comunicación comunitaria para reducir barreras actitudinales y optimizar los indicadores de captación.
EVIDENCIA 

1) **SUPERVISIÓN DEL CONTRATO**

(El cuadro de verificación de pagos a la seguridad social y aportes parafiscales, no aplica para persona jurídica o persona natural con

establecimiento de comercio, a cambio se debe anexar certificación expedida por el revisor fiscal, cuando esté obligado de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el representante legal el cual no debe ser inferior a los seis (6) meses anteriores a la celebración del contrato. En el evento en que la sociedad no tenga más de seis (6) meses de constituida, deberá acreditar los pagos a partir de la fecha de su constitución).

VERIFICACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES												
Fondo de pensiones:	**COLFONDOS**											
EPS:	**SOS**											
ARL:	**COLMENA SEGUROS**				**Nivel de Riesgo**	**I**	**X**	**II**		**V**		
Aportes voluntarios pensión	Si		No		Valor		**$ 0**					
Ahorro cuenta AFC: (Adjuntar carta de autorización)	Si		No		Valor		$ 0					
Certificación de condición de declarante	Si		No		ADJUNTAR SOPORTE							
	Si		No		ADJUNTAR SOPORTE							

Periodo pagado	**Ingreso base de cotización – IBC**	**Valor sin intereses de mora**			**Número de Referencia de planilla (s)**
		Aporte a salud	**Aporte a pensión**	**Aporte a ARL (solo aplica para Nivel Riesgo I y II)**	
FEBRERO	875.453	109.500	140.100	21.400	1079992976
MARZO	1.750.905	218.900	280.200	42.700	1080398401
ABRIL	1.750.905	218.900	280.200	42.700	1080676558
Totales	4.377.263	547.300	700.500	106.800	**N/A**

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	0550488437153767	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de cuenta	AHORROS
FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)					
CUENTA DE COBRO No. 2					

AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES		
Número de registro presupuestal	**Rubro**	**Valor**
20260074		9.000.000
TOTAL		

ITEM	**VALOR EN PESOS**
Valor Inicial del contrato	9.000.000
Valor Adiciones o reducciones	0
Valor Total del contrato	9.000.000
Valor pagado	$3.000.000
Valor a pagar	$3.000.000
SALDO	$3.000.000

2) **VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO
En mi calidad de supervisora del contrato No. 2026-024 DEL 2026 certifico que el/la contratista NASLY DAJHANA HINCAPIE MUELAS ejecuto sus actividades conforme a lo estipulado, de manera oportuna y con la calidad y eficiencia requeridas, así como en los tiempos establecidos para el desarrollo de cada una de ellas.
Conforme a lo verificado, el contratista cumplió con las obligaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la Ley 789 de 2002 modificada por la Ley 828 de 2003 y de ARP según la ley 1562 de 2012.
Se autoriza el pago por la suma Tres Millones de Pesos M/CTE,($3.000.000).

TOTAL	
ITEM	VALOR EN PESOS
Valor Inicial del contrato	9.000.000
Valor Adiciones o reducciones	0
Valor Total del contrato	9.000.000
Valor pagado	$3.000.000
Valor a pagar	$3.000.000
SALDO	$3.000.000

2) **VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO
En mi calidad de supervisora del contrato No. 2026-024 DEL 2026 certifico que el/la contratista NASLY DAJHANA HINCAPIE MUELAS ejecuto sus actividades conforme a lo estipulado, de manera oportuna y con la calidad y eficiencia requeridas, así como en los tiempos establecidos para el desarrollo de cada una de ellas.
Conforme a lo verificado, el contratista cumplió con las obligaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la Ley 789 de 2002 modificada por la Ley 828 de 2003 y de ARP según la ley 1562 de 2012.
Se autoriza el pago por la suma Tres Millones de Pesos M/CTE,($3.000.000).

Yani Lorena Robles Ramírez
Supervisora de contrato
Sub-directora Científica

Proyectó y Elaboro: Yani Lorena Robles Ramírez - Supervisora
Revisó: Mario Echeverry Álvarez – Asesor jurídico
Aprobó: Vivian Lorena Marulanda - Gerente

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-20, 10:47:59 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1080676558

Periodo Cotización: abril de 2026 **Periodo Servicio:** abril de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823935993

PAGADO 20/04/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NASLY DAJHANA HINCAPIE MUELAS		
Documento	CC1116160710	**Dirección**	CL 0 #0 - 0 VEREDAMUÑECOS
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3145853676
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	YOTOCO	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1116160710	NASLY DAJHANA HINCAPIE MUELAS	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS018) S.O.S EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.600	$ 0	$ 541.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-24, 08:21:58 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1080398401

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823935993

PAGADO 24/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NASLY DAJHANA HINCAPIE MUELAS		
Documento	CC1116160710	**Dirección**	CL 0 #0 - 0 VEREDAMUÑECOS
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3145853676
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	YOTOCO	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1116160710	NASLY DAJHANA HINCAPIE MUELAS	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS018) S.O.S EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

INFORME PARCIAL 2

CONTRATO
2026-024 DE 2026

OBJETO

PRESTACION DE SERVICIOS, COMO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, DEL MUNICIPIO DE YOTOCO, VALLE DEL CAUCA.

PERIODO

DEL 17 DE MARZO AL 16 DE ABRIL DE 2026

Doctora:

YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ

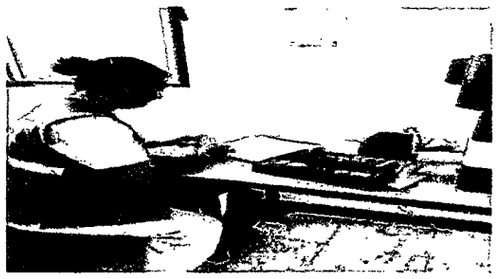
Supervisora Contrato
Sub-directora Científica
Hospital Local Yotoco
Yotoco-Valle

REFERENCIA: PRESENTACIÓN INFORME

Cordial saludo.

Yo, Nasly Dajhana Hincapie Muelas , identificado con cedula de ciudadanía No 1116160710 de Yotoco- Valle del Cauca, en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No.2026-024, atentamente presento el informe parcial 1 de las actividades desarrolladas de acuerdo con las obligaciones señaladas en el contrato, de la siguiente manera:

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 1.	**ACTIVIDAD**
1) Diligenciar y actualizar la ficha de caracterización al individuo y las familias de la zona a intervenir.	Durante este periodo, la intervención en el microterritorio de **Puente Tierra** se centró en un acompañamiento permanente que optimizó la orientación sobre rutas de atención integral. Gracias a los procesos de **tamizaje**, logramos priorizar casos de vulnerabilidad crítica y mejorar la coordinación entre los Equipos Básicos y servicios complementarios. Un factor clave fue la alianza con los **líderes comunitarios**, quienes facilitaron la identificación de necesidades y la gestión de soluciones, asegurando un impacto positivo y continuo en la población.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.	**ACTIVIDAD**
2) Brindar información en salud a las familias y el individuo de carácter individual o grupal	La implementación estratégica del modelo de APS permitió elevar los estándares de bienestar mediante intervenciones pedagógicas y clínicas de alta precisión. La fase diagnóstica se fundamentó en la aplicación sistemática de instrumentos como el **Apgar familiar, el Familiograma y la escala de Zarit**, permitiendo una caracterización detallada de la dinámica familiar y el nivel de sobrecarga de los cuidadores. Estos hallazgos sustentaron la creación de planes de cuidado individualizados y el desarrollo de talleres educativos con enfoque diferencial. El resultado principal fue la consolidación de una cultura de autocuidado y la promoción de la participación activa de los usuarios como agentes de su propia salud.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	





OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	ACTIVIDAD
3 Notificar al médico cualquier evento de resolución inmediata	Durante el ciclo reportado, la intervención se centró en derribar las barreras de acceso vinculadas al temor al diagnóstico y la disponibilidad de tiempo de los usuarios. Mediante **talleres de desmitificación y sensibilización**, se logró reducir la desinformación y fortalecer la confianza en el sistema de salud. En el componente clínico, se garantizó la atención especializada para pacientes con **ITS (VIH, Sífilis y Hepatitis B)**, asegurando el seguimiento por laboratorio y el inicio oportuno de esquemas terapéuticos. Este abordaje integral no solo mejoró la **adherencia al tratamiento**, sino que consolidó un vínculo de credibilidad y cercanía con la comunidad.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	ACTIVIDAD
4) Notificar al coordinador las incidencias que se presenten en el desarrollo de la	Durante la caracterización en el microterritorio de **Puente Tierra (Yotoco)**, se detectó población afiliada a instituciones fuera de la localidad. Ante esto, la **ESE Hospital Local de Yotoco** implementó una estrategia de sensibilización sobre los beneficios de la atención territorializada, destacando la oportunidad y cercanía del servicio. Respetando la libre elección de los usuarios, se garantizó la continuidad del cuidado mediante la **gestión de formatos de**

labor, así como también sus herramientas de trabajo	**remisión por ciclo de vida**, asegurando el seguimiento de tratamientos sin interrupciones. Además, el equipo multidisciplinario (Medicina, Enfermería, Psicología y Odontología) eliminó barreras de acceso con horarios flexibles y promovió servicios clave de detección temprana, como la **citología**, fortaleciendo la cultura de prevención y el respaldo institucional.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



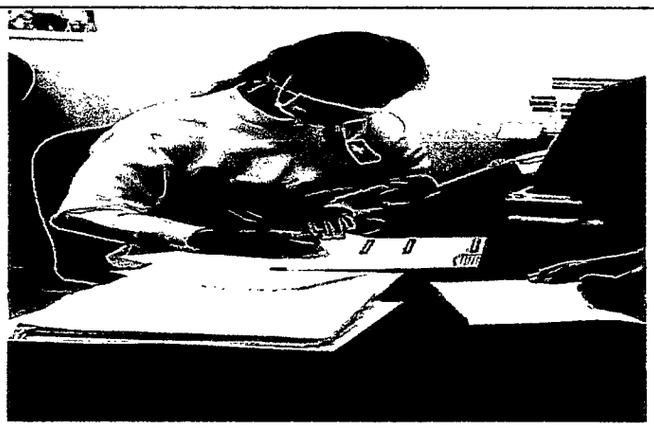
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 5.	ACTIVIDAD
5) Participar activamente de los procesos de inducción y re inducción; las reuniones del equipo de trabajo y programación de estrategias y actividades	Se participó en las siguientes reuniones • Reunión técnica de territorio • Encuentro técnico para mejoramiento de la gestión de los EBS • Entrega y/o ajustes de informe • Capacitación sobre riesgos biologicos Organización de papelería para caracterizacion

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	ACTIVIDAD

6) Realizar apoyo en las convocatorias a los procesos que realiza el EBS.	En el marco de las jornadas de caracterización, se implementó un modelo de **atención integral** enfocado en el tamizaje y diagnóstico preventivo. La intervención incluyó: • **Monitoreo Clínico:** Control de constantes vitales y aplicación de una batería diagnóstica completa (hemogramas desde los 9 años, química sanguínea —glucosa, perfil lipídico, creatinina— y tamizaje de ITS). • **Gestión Administrativa:** Se optimizó el flujo de atención mediante el soporte directo en la gestión de historias clínicas y órdenes médicas. Este esfuerzo conjunto permitió elevar los estándares de **detección temprana** y asegurar que los usuarios accedieran *de manera efectiva a los servicios de salud primaria* en su propio territorio.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7.	**ACTIVIDAD**
7) Digitalizar, consolidar y archivar la *información recolectada si aplica*	En el periodo reportado se realiza el diligenciamiento de los siguientes formatos de los diferentes procesos de equipos básicos en salud: • Formulario de caracterización EQB • Registros demandas inducida APS • Desistimientos informados de caracterización • Formato de Facturación de servicios • Formato de Historia clínica tamizaje intervenciones en salud individual • Finnish Risk Score • Riesgo Cardiovascular- OMS • Registro diario de consulta medica • Capacitación sobre riesgos biologicos Con el fin de Gestionar el riesgo en salud de los individuos de cada programa y cumplir con cada ciclo de vida.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA	ACTIVIDAD
8) Notificar al coordinador las incidencias que se presenten en el desarrollo de la labor, así como también sus herramientas de trabajo	Durante la fase de caracterización, se identificaron desafíos operativos relacionados con la ubicación geográfica y la receptividad *de algunos sectores. Pese a los esfuerzos de localización,* se registró un margen de **desistimientos informados,** atribuidos principalmente a viviendas desocupadas o desinterés explícito. Ante esta situación, se notificó formalmente a la **Jefatura de Enfermería** para analizar las causas raíz y proponer soluciones de impacto. Como medida inmediata, se ha diseñado una **reestructuración de las visitas domiciliarias** con horarios alternativos adaptados a las jornadas laborales de la población. Esta acción se complementará con un fortalecimiento de la comunicación comunitaria para reducir barreras actitudinales y optimizar los indicadores de captación.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



Nasly Hincapie

Nasly Dajhana Hincapie Muelas

Nasly Dajhana Hincapie Muelas - CC:1116160710 correo naslyhincapie93@GMAIL.COM

- CC: 1116160710 Yotoco- valle del cauca
CONTRATISTA

HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO
E.S.E.
NIT. 890309115 - 6
CALLE 5 # 4 - 25
2524979
YOTOCO - VALLE DEL CAUCA

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

No. **DSHY1313**

18764078397051

CUDS:efa2d0146340d20311b377041ac1849a8332e02c626ff6c5f7e6055e62549e18fe2714b7bc6742b8de66474f5ae58932

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	HINCAPIE MUELAS NASLY DAJHANA
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	1116160710
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	VDA MUÑECOS
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3145853676
Ciudad:	YOTOCO	**Ciudad:**	YOTOCO
País:	Colombia	**País:**	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
22/04/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	22/05/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
22/04/2026 04:29:09	22/04/2026 04:29:29		

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA , PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA DURENTE EL MES DE MARZO - ABRIL	1	UNIDAD	$3,000,000	$3,000,000

TOTAL ÍTEMS: 1

VALORES EN LETRA: TRES MILLONES PESOS

OBSERVACIONES:
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA , PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA DURENTE EL MES DE MARZO - ABRIL

SUBTOTAL	$3,000,000.00
TOTAL RETENCIONES	$0.00
TOTAL	$3,000,000.00

Fecha de recibido:
Nombre:
Identificación:
Firma:

RECIBIDO CONFORME FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: BTW S.A.S. NIT 900665411 - INFORMACIÓN FACTURACIÓN ERP:

© Copyright 2026. Documento creado por btw.com.co sujeto a condiciones y restricciones.

CUENTA DE COBRO

HOSPITAL LOCAL DE YOTOCO E.S.E.
NIT 890.309.115-6

DEBE A:
NASLY DAJHANA HINCAPIE MUELAS
CC 1116160710

YOTOCO – VALLE DEL CAUCA

LA SUMA DE: TRES MILLONES DE PESOS

M/CTE 3.000.000

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO 2026-024 DE 2026

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA

Yotoco, 22 de Abril de 2026

Consignar cuenta ahorros Davivienda, Número de cuenta: 0550488437153767

Firma: Nasly Hincapie
NASLY DAJHANA HINCAPIE MUELAS
C.C. 1116160710
Teléfono: 3145853676
Dirección: VDA MUÑECOS
Correo: naslyhincapie93@gmail.com
Código CIIU: **3869201**

Me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que de acuerdo con el Artículo 329 del E.T. Mis ingresos por mi actividad como trabajador independiente corresponden al 80% del total de mis ingresos. Aplicar retención Art. 383 E.T. Dcto 099 de 2013.

DECLARACIÓN JURAMENTADA

De conformidad con lo establecido en el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, bajo la gravedad de juramento manifiesto que:

☐Soy declarante del impuesto sobre la renta
☒ No soy declarante del impuesto sobre la renta

De conformidad con el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023, manifiesto bajo la gravedad del juramento que:

☒ Tomaré costos y deducciones asociados a los ingresos derivados del presente contrato
☐ No tomaré costos ni deducciones asociados a estos ingresos

Así mismo, declaro que me encuentro afiliada al Sistema de Seguridad Social Integral y que he realizado los aportes correspondientes a salud, pensión y riesgos laborales conforme a la normativa vigente (Decreto 1273 de 2018).

Si aplica dependencia económica:

Manifiesto libre y voluntariamente que las personas relacionadas a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica, y que mis gastos mensuales ascienden a la suma de $____1.700.000_____.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		
MARIA ANGEL FIGUEROA HINCAPIE		X			1116161233	HIJA

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es verídica y que los soportes adjuntos corresponden fielmente a la realidad. Autorizo la verificación de la información y acepto las sanciones establecidas en la Ley en caso de falsedad.

Esta declaración se presenta para efectos tributarios conforme al artículo 2 del Decreto 099 de 2013.

Firma: Nasly Hincapie

NASLY DAJHANA HINCAPIE MUELAS
C.C. 1116160710
Teléfono: 3145853676
Dirección: VDA MUÑECOS
Correo: naslyhincapie93@gmail.com
Código CIIU: **3869201**

Me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que de acuerdo con el Artículo 329 del E.T. Mis ingresos por mi actividad como trabajador independiente corresponden al 80% del total de mis ingresos. Aplicar retención Art. 383 E.T. Dcto 099 de 2013.

DAVIVIENDA

HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E S E

Proceso de Pago

Encabezado Proceso de Pago

Nombre Proceso de Pago	NAZLY DAJHANA HINCAPIE MUELAS	**Estado Proceso**	Pagado
Nº Proceso de Pago	54338383		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400049677		
Fecha de Creacion	23/04/2026	**Fecha de Pago**	23/04/2026 17:40
Total de Registros	1	**Monto Total**	$ 2.970.000,00
Registros Ingresados	1	**Monto Ingresado**	$ 2.970.000,00

Detalle de Pagos

Nit Destino	Nombre Destino	Referencia	Tipo Producto o Servicio Destino	Producto o Servicio Destino	Entidad Destino	Valor	Estado	Motivo Rechazo
1116160710	NAZLY DAJHANA HINCAPIE MUELAS	0000008903091156	Ahorros	488437153767	DAVIVIENDA	$ 2.970.000,00	Pago Exitoso	