ACTA DE SUPERVISION No. 02 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 17 DE MARZO AL 16 DE ABIRL FECHA DEL INFORME:20-04-2026							
INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO							
No. Contrato o convenio:	2026-027						
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:	2026 0077						
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.	66,66 %						
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	100%						
Nombre del contratista:	ALEJANDRA REYES FIGUEROA						
CC / Nit:	C.C. No. 1.192.770.051						
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 el periodo, junto con el equipo de los EBS del territorio La Inmaculada, se continuó con el proceso de caracterización de las familias. Se priorizaron las zonas identificadas en la cartografía donde aún faltaba realizar el barrido, así como algunas viviendas específicas que fueron referidas por la comunidad. En la ficha de caracterización se diligenció la información completa de cada familia, teniendo en cuenta aspectos sociales, familiares y de salud, con el fin de facilitar la identificación de necesidades y permitir al equipo psicosocial realizar intervenciones oportunas cuando sea necesario. En esta ocasión realice 8 caracterizaciones sin desistimientos clasificados en los diferentes ciclos de vida.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

ABRIL	CARATERIZACIONES	PERSONAS	DISESTIMIENTOS
Marlly Ortega	7	14	0
Alejandra Reyes	8	12	
Angela Cardenas	0	0	

CURSOS DE VIDA CARACTERIZADOS	
Adolescencia	3
Adultez	11
Juventud	6
Primera infancia	4
Infancia	3
vejez	11





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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

Durante las visitas domiciliarias y el proceso de tamización, se brinde educación a los usuarios sobre hábitos de vida saludable, especialmente en alimentación balanceada y autocuidado. También se orientó sobre la importancia de realizarse los exámenes paraclínicos, explicando qué hacer en caso de resultados alterados y la necesidad de asistir oportunamente al centro de salud. Se hizo énfasis en reconocer signos y síntomas de alarma y evitar la automedicación, siempre respetando las creencias y costumbres de cada familia.





3) Notificar al médico cualquier evento de resolución inmediata.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

Durante este periodo se mantuvo una comunicación constante con el médico Germán Castro, encargado de la atención en el territorio. Se informó de manera oportuna sobre los usuarios atendidos, el estado de la facturación, inasistencias a citas y novedades relacionadas con los resultados de exámenes que no se veían reflejados en el sistema. Esta comunicación permitió dar seguimiento adecuado a los casos y mejorar la atención de los usuarios. Durante el proceso se logra que 72 usuarios asistan a la consulta medica logrando un 100% en la efectividad, lo que garantiza una oportuna y adecuada intervención hacia los usuarios.

AGENDA MEDICAS	
Programados	72
Asistentes	72
Cumplimiento	100%

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS


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

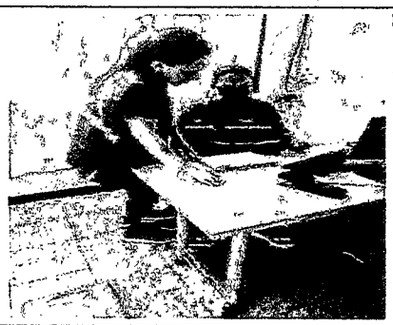
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante las jornadas de salud y visitas, se orientó a la comunidad sobre los procesos para acceder a los servicios, como la realización de autorizaciones, asignación de citas y atención en diferentes áreas como odontología y medicina especializada. Asimismo, se realizaron llamadas telefónicas para confirmar citas, recordar la asistencia a la toma de exámenes y verificar el agendamiento oportuno de los usuarios, facilitando así el acceso a los servicios de salud.

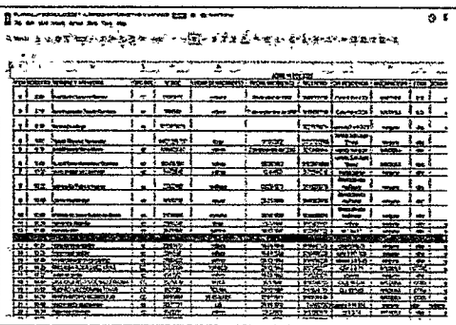

5) Participar activamente de los procesos de inducción y re inducción; las reuniones del equipo de trabajo y programación de estrategias y actividades

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo se participó en reuniones de equipo donde se realizaron ajustes y correcciones a las fichas de caracterización, especialmente en la elaboración de familiograma, bajo la orientación de la trabajadora social Nadya Gómez. También se brindó apoyo en la jornada de salud realizada el 11 de abril, con la participación de diferentes especialistas, donde se orientó a los usuarios en el proceso de facturación y se realizaron recordatorios para asegurar su asistencia.


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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se apoyó en la depuración y actualización de bases de datos de usuarios pertenecientes a diferentes EAPB, con el objetivo de mejorar la captación y participación en las actividades del programa. Además, se realizaron llamadas a pacientes para la programación y asistencia a exámenes como mamografías y citologías, fortaleciendo las acciones de promoción y prevención. (Jornada de especialistas ginecología, pediatría y medicina interna 25 usuarios programados de cada una asistencia pediatría y ginecología 19 cada uno medicina interna 20)

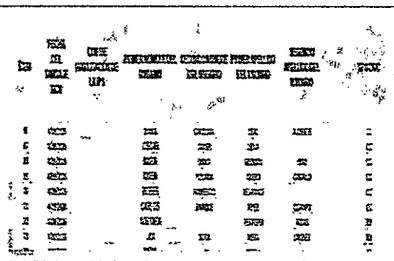




7) Digitalizar, consolidar y archivar la información recolectada si aplica

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se realizó el diligenciamiento y actualización de bases de datos relacionadas con especialistas y captación de nuevos pacientes. También se participó en reuniones con la líder del territorio jefe Juliana Navia del territorio, se organizó la papelería necesaria para los procesos de tamización y caracterización, y se brindó apoyo en el manejo de la base de datos nominal, asegurando el adecuado registro de la información. Para el proceso de tamización se realizaron 36 tomas de laboratorio y de acuerdo a la resolución 3280 que tipo de examen requiere.

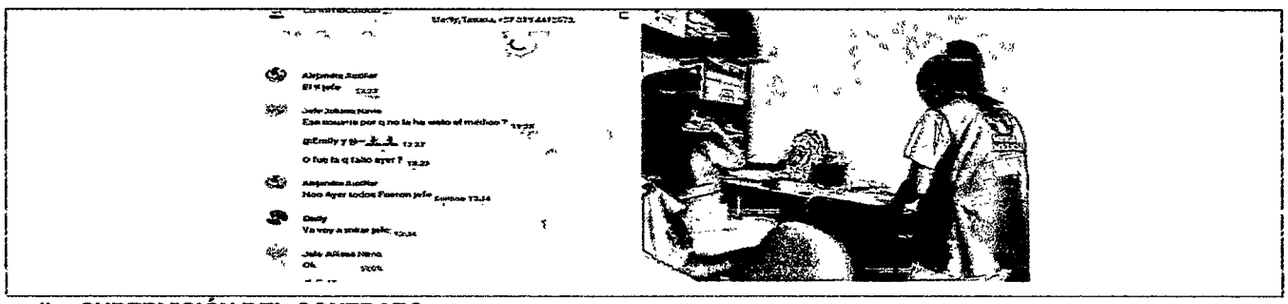
ABRIL	
Tamizados	36
Rcv	21
ITS	19
PSA	3
SO	3
Hb-Hto	4





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
Se mantuvo comunicación con la coordinadora del territorio, Juliana Navia, informando de manera oportuna sobre el avance de las actividades y los procesos asignados. Durante este periodo no se presentaron incidencias negativas. Las actividades se desarrollaron de manera organizada, cumpliendo con los objetivos establecidos y utilizando adecuadamente las herramientas de trabajo.



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:	**COLPENSIONES**									
EPS:	**SOS**									
ARL:	**COLMENA SEGUROS**				**Nivel de Riesgo**	**III**	**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					
Certificado de aportes parafiscales	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	109500	140100	21400	4643727400
MARZO	1750000	218.900	280.200	42.700	4647119022
Abril	1750000	218.900	280.200	42.700	4647639514
Totales	N/A	$ 547,300	$ 700,500	$ 106,800	**N/A**

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
CUENTA BANCARIA NO.	012400049859	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**
2026 0077		$ 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. 2026-027 DE 2026 certifico que el/la contratista ALEJANDRA REYES FIGUEROA 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 de 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: Alejandro zapata Ortiz – especialista en Contratación – contratista
Aprobó: Vivian Lorena Marulanda - Gerente

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Soi

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO DE APORTANTE:	PLANILLA INTEGRADA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1107111031
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ALEJANDRA REYES HOLGUIN
CIUDAD/MUNICIPIO:	GUACHALARA DE BUGA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	ENVIROS CRUTRA	TIPO APORTANTE:	DEPEND
TIPO APORTANTE:	EMPLEADO	CLASE APORTANTE:	DEPENDIENTE
APORTE EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO LEY 1607 DE 2012			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			46478385516	TIPO DE PLANILLA:			INDEPENDIENTE
PERIODO COTIZACIÓN PENSIONES:	MES	MES AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	MES AÑO	2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/04/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			0980004

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTAL APORTES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADO	EMPLEADOR	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230501	230501-PORVENIR	1	$ 280.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.300	$ 0	$ 280.300
SUBTOTALES										$ 280.300	$ 0	$ 280.300

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR APORTES	COTIZACIÓN	VALOR APORTES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
890318	EPS018-S.O.S.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 216.900
SUBTOTALES													$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 216.900

Planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD EPP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-28	14-28-ORLANA	1		$ 0		$ 0	$ 43.700	$ 43.700	$ 0	$ 0	$ 43.700
SUBTOTALES								$ 43.700	$ 0	$ 0	$ 43.700

Planilla Pagada

DATOS DEL COTIZANTE | **NOVEDADES** | **INGRESO BASE DE COTIZACIÓN** | **SEGURIDAD SOCIAL** | **PARAFISCALES**

Nº	CONTRATO CON	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN	COLOMBIANO EN EXTERIOR	AÑO	DÍAS	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	TDE	TAE	TDP	TAP	VTE	ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	PENSIÓN: RAIS	PENSIÓN: APORTES VOLUNTARIOS	PENSIÓN: INDICADOR TARIFA ESPECIAL	PENSIÓN: TOTAL APORTE	SALUD: ADMIN	SALUD: IBC	SALUD: COTIZACIÓN	SALUD: VALOR AJUSTE	SALUD: TOTAL APORTE	RIESGOS: ADMIN	RIESGOS: IBC	RIESGOS: CENTRO DE TRABAJO	RIESGOS: TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ADMIN	TOTAL APORTE	CAJA	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MEN	TOTAL APORTE
1	3157 PAGO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1.750.905				NO																230501-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.300	890318-EPS018-S.O.S.	30	$ 1.750.905	$ 216.900	$ 0	$ 216.900	14-28-ORLANA	30	$ 1.750.905	$ 116.667,000	$ 43.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada

INFORME PARCIAL II

CONTRATO

2026-027 DE 2026

OBJETO

PRESTACION DE SERVICIOS, COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE PROYECTO DE 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, Alejandra Reyes Figueroa identificado con cedula de ciudadanía No **1.192.770.051de** Yotoco Valle del Cauca, en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No. **2026-027**, atentamente presento el informe parcial II de las actividades desarrolladas de acuerdo con las obligaciones señaladas en el contrato, de la siguiente manera:

<table>
<tr><td>OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 1.</td><td>ACTIVIDAD</td></tr>
<tr><td>a. Diligenciar y actualizar la ficha de caracterización al individuo y las familias de la zona a intervenir</td><td>Durante el periodo, junto con el equipo de los EBS del territorio La Inmaculada, se continuó con el proceso de caracterización de las familias. Se priorizaron las zonas identificadas en la cartografía donde aún faltaba realizar el barrido, así como algunas viviendas especificas que fueron referidas por la comunidad.
En esta ocasión realice 8 caracterizaciones sin desistimientos clasificados en los diferentes ciclos de vida.</td></tr>
<tr><td colspan="2">EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD</td></tr>
<tr><td colspan="2">
<table>
<tr><th colspan="2">CURSOS DE VIDA CARACTERIZADOS</th></tr>
<tr><td>Adolescencia</td><td>3</td></tr>
<tr><td>Adultez</td><td>11</td></tr>
<tr><td>Juventud</td><td>6</td></tr>
<tr><td>Primera infancia</td><td>4</td></tr>
<tr><td>infancia</td><td>3</td></tr>
<tr><td>vejez</td><td>11</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="2">CURSOS DE VIDA CARACTERIZADOS</th></tr>
<tr><td>Adolescencia</td><td>3</td></tr>
<tr><td>Adultez</td><td>11</td></tr>
<tr><td>Juventud</td><td>6</td></tr>
<tr><td>Primera infancia</td><td>4</td></tr>
<tr><td>infancia</td><td>3</td></tr>
<tr><td>vejez</td><td>11</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.</td><td>ACTIVIDAD</td></tr>
<tr><td>b. Brindar información en salud a las familias y el individuo de carácter individual o grupal</td><td>Durante las visitas domiciliarias y el proceso de tamización, se brinde educación a los usuarios sobre hábitos de vida saludable, especialmente en alimentación balanceada y autocuidado. También se orientó sobre la importancia de realizarse los exámenes paraclínicos, explicando qué hacer en caso de resultados alterados y la necesidad de asistir oportunamente al centro de salud. Se hizo énfasis en reconocer signos y síntomas de alarma y evitar la automedicación, siempre respetando las creencias y costumbres de cada familia.</td></tr>
<tr><td colspan="2">EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD</td></tr>
<tr><td colspan="2"> </td></tr>
<tr><td>OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.</td><td>ACTIVIDAD</td></tr>
<tr><td>c. Notificar al médico cualquier evento de resolución inmediata.</td><td>. Durante este periodo se mantuvo una comunicación constante con el médico Germán Castro, encargado de la atención en el territorio. Se informó de manera oportuna sobre los usuarios atendidos, el estado de la facturación, inasistencias a citas y novedades relacionadas con los</td></tr>
</table>

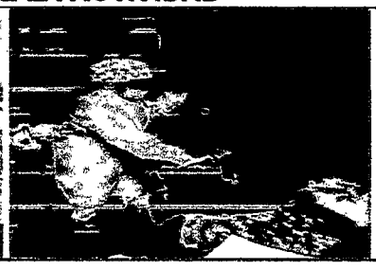
	resultados de exámenes que no se veían reflejados en el sistema. Esta comunicación permitió dar seguimiento adecuado a los casos y mejorar la atención de los usuarios.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

AGENDA MEDICAS	
Programados	72
Asistentes	72
Cumplimiento	100%

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	ACTIVIDAD
d. Orientar a la comunidad hacia los servicios sociales y de salud	Durante las jornadas de salud y visitas, se orientó a la comunidad sobre los procesos para acceder a los servicios, como la realización de autorizaciones, asignación de citas y atención en diferentes áreas como odontología y medicina especializada. Asimismo, se realizaron llamadas telefónicas para confirmar citas, recordar la asistencia a la toma de exámenes y verificar el agendamiento oportuno de los usuarios, facilitando así el acceso a los servicios de salud.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

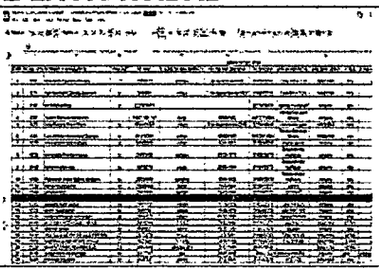
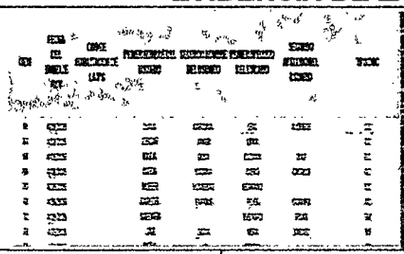
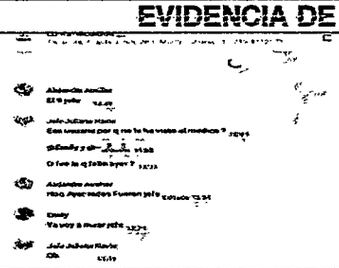



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 5.	ACTIVIDAD
e. Participar activamente de los procesos de inducción y re inducción; las reuniones del equipo de trabajo y programación de estrategias y actividades	Durante el periodo se participó en reuniones de equipo donde se realizaron ajustes y correcciones a las fichas de caracterización, especialmente en la elaboración de familiograma, bajo la orientación de la trabajadora social Nadya Gómez. También se brindó apoyo en la jornada de salud realizada el 11 de abril, con la participación de diferentes especialistas, donde se orientó a los usuarios en el proceso de facturación y se realizaron recordatorios para asegurar su asistencia.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD




OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	ACTIVIDAD
f. Realizar apoyo en las convocatorias a los procesos que realiza el EBS.	Se apoyó en la depuración y actualización de bases de datos de usuarios pertenecientes a diferentes EAPB, con el objetivo de mejorar la captación y participación en las actividades del programa. Además, se realizaron llamadas a pacientes para la programación y asistencia a exámenes como mamografías y citologías, fortaleciendo las acciones

	de promoción y prevención. (Jornada de especialistas ginecología, pediatría y medicina interna 25 usuarios programados de cada una asistencia pediatría y ginecología 19 cada uno medicina interna 20)
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7.	**ACTIVIDAD**
g. Digitalizar, consolidar y archivar la información recolectada si aplica	Se realizó el diligenciamiento y actualización de bases de datos relacionadas con especialistas y captación de nuevos pacientes. También se participó en reuniones con la líder del territorio jefe Juliana Navia del territorio, se organizó la papelería necesaria para los procesos de tamización y caracterización, y se brindó apoyo en el manejo de la base de datos nominal, asegurando el adecuado registro de la información
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 8.	**ACTIVIDAD**
h. Notificar al coordinador las incidencias que se presenten en el desarrollo de la labor, así como también sus herramientas de trabajo	Se mantuvo comunicación con la coordinadora del territorio, Juliana Navia, informando de manera oportuna sobre el avance de las actividades y los procesos asignados. Durante este periodo no se presentaron incidencias negativas. Las actividades se desarrollaron de manera organizada, cumpliendo con los objetivos establecidos y utilizando adecuadamente las herramientas de trabajo.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 	

ALEJANDRA REYES FIGUEROA
- CC: **1.192.770.051**
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: **DSHY1304**

18764078397051

CUDS:f2e5c8a628b7fb1260fc496a2683a72aa07ca0d97bc31a2a400801bdc9d2dfa612e03c6ad8e2403ce81f23c05104949e

DATOS COMPRADOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.
Tipo Identificación:	NIT
NIT:	890309115
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25
Teléfono:	2524979
Ciudad:	YOTOCO
País:	Colombia

DATOS VENDEDOR:	
Nombre:	REYES FIGUEROA ALEJANDRA
Tipo Identificación:	NIT
NIT:	1192770051
Dirección:	CRA 8 B 6-36
Teléfono:	3165340290
Ciudad:	YOTOCO
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 03:12:18	22/04/2026 03:12:30		

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 DURANTE 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 DURANTE 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:

Linea de negocio:
Fecha Generación Erp: 2026-04-22 03: 12:18 - Fecha Validación Dian: 2026-04-2203:12:30

© 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:
ALEJANDRA REYES FIGUEROA
CC 1192770051 de BUGA-VALLE

LA SUMA DE TRES MILLONES DE PESOS M/C ($3,000,000)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como auxiliar de enfermería, para integrar los equipos básicos de salud en el municipio de Yotoco.

OBJETO:

Prestación de servicios en auxiliar de enfermería en el área equipos básicos del Hospital Local De Yotoco E.S.E.

Yotoco, 22 de Abril de 2026

Consignar cuenta Davivienda, Número de cuenta: 012400049859

Firma: Alejandra Figueroa
ALEJANDRA REYES FIGUEROA
C.C. 1192770051
Teléfono: 3165340290
Dirección: CARRERA 8B 6#38
Correo: Martines04jhonny18@gmail.com
Código CIIU: 8299

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 $__3000000_____.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		
ANGEL ECHAVRRIA REYES		X			1192770051	HIJO

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: Alejandra Figueroa
ALEJANDRA REYES FIGUEROA
C.C. 1192770051
Teléfono: 3165340290
Dirección: Carrera 8b 6#38
Correo: martinez04jhonnyecha@gmail.com
Código CIIU: 8299

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	ALEJANDRA REYES FIGUEROA	**Estado Proceso**	Pagado
Nº Proceso de Pago	54338043		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400049677		
Fecha de Creacion	23/04/2026	**Fecha de Pago**	23/04/2026 17:09
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
1192770051	ALEJANDRA REYES FIGUEROA	0000008903091156	Ahorros	12400049859	DAVIVIENDA	$ 2.970.000,00	Pago Exitoso	