ACTA DE SUPERVISION No.01 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 16 FEBRERO AL 16 DE MARZO DE 2025 FECHA DEL INFORME:26/03/2026						
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO						
No. Contrato o convenio:	2026-028					
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:	20260078					
Fecha Inicio:	16/02/2026					
Fecha Terminación:	16/04/2026					
El contrato cuenta con prorroga	Si		No	X	**Fecha de terminación incluyendo prorroga**	
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución en este periodo.	33,33%					
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	100%					
Nombre del contratista:	SANDRA XIMENA IZQUIERDO					
CC / Nit:	C.C. No. 1.116.157.654					
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
En este periodo se caracteriza población, el cual es fundamental para poder ofrecer un tratamiento efectivo para el área de odontología, en donde podemos captar pacientes según la edad y poder clasificar según la ley 380, por ejemplo los niños que requieren un enfoque diferente al de los adultos tales como la aplicación de flúor, y los adultos tales como enfermedades sistémicas que pueden afectar la salud bucal y el tratamiento odontológico. Evidencia:





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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante este periodo se brinda información a la población sobre la importancia de entender que la salud bucal es fundamental en la parte estética, funcional y clínica, algunos pacientes pueden requerir enfoque especial como los pacientes con diabetes, problemas cardiacos, enfermedades crónicas de base, dándoles manejo de profilaxis antibiótica dirigida por el odontólogo encargado.
Evidencia:





3) Notificar al médico cualquier evento de interés en salud pública de resolución inmediata.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Es fundamental notificar al odontólogo coordinador sobre como se encuentran los equipos para poder salir a campo y poder garantizar una buena atención, la notificación sobre los equipos nos permite tomar medidas para prevenir accidentes y garantizar la seguridad del paciente y así se pueda planificar y realizar la agenda semanal de cada vereda en los puestos de salud
Evidencia:



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

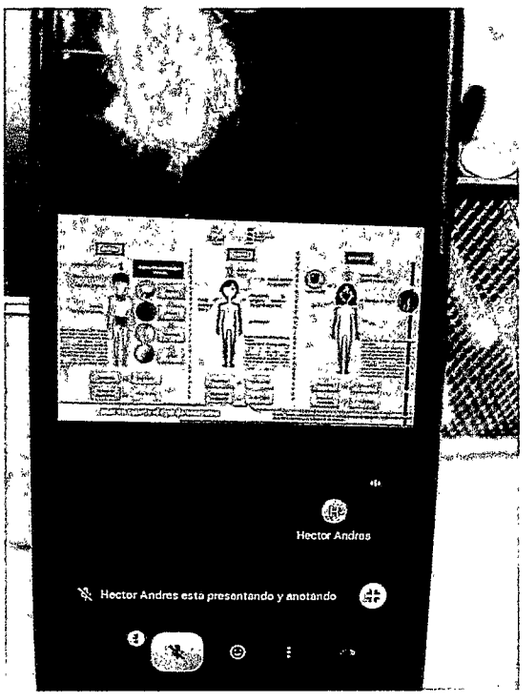
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
• Se brinda la información a cada paciente con los tratamiento a seguir y se les explica lo importante que es asistir a las citas que se programan, se les da indicación de cepillarse tres veces al día, la importancia de usa hilo dental y tener hábitos saludables • También se les indica sobre las radiografías enviadas por el odontólogo • Se les brinda información sobre las remisiones
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
Para este periodo participamos en la capacitaciones y reuniones programadas por diferente entes Alerta epidemiológica emitida por la organización panamericana de la salud (OPS) relacionada con el incremento significativo de casos de sarampión en la región de las américas.
Evidencia:

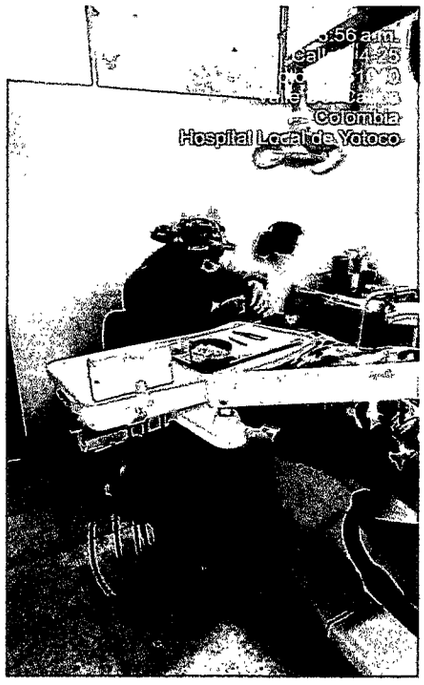




6) Realizar apoyo en las convocatorias a los procesos que realiza el EBS.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante este periodo brindamos atención odontológica a los pacientes y así reciban la atención y el cuidado que necesitan durante la atención realizada, se proporciona información a los pacientes clara y precisa sobre el tratamiento y los procedimientos odontológicos. Se realiza demanda de las diferentes veredas y corregimientos encargados y se empieza la búsqueda activa de pacientes con el fin de aumentar la demanda inducida y la asignación a la IPS odontológica, se realizan actividades de promoción y prevención Evidencia:





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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante este periodo se llena el registro de la carpeta de esterilizacion de odontologia, tambien se toman datos a los pacientes de odontologia en equipos basicos cuando terminan tratamiento para digitalizar la informacion y tener el registro de los pacientes que se captan en las caraterizaciones realizadas del mes y brindar la infomacion al odontologo donde se permite seguimiento clinico y gestion del servicio en terreno
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
Se notifica al doctor sobre los equipos en el cual una de las unidades portátil se encuentra en mal estado, el eyector no succiona cuando se lo colocamos al paciente y así mismo se notifica al técnico para su respectivo arreglo, también se le brinda información a los pacientes edentulos en charlas educativas sobre la asepsia que deben mantener.
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:	**PORVENIR**											
EPS:	**S.O.S**											
ARL:	**COLMENA SEGUROS**				**Nivel de Riesgo**	**I**		**III**	**x**	**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,II y III)	
febrero	1.750.905	109.800	140.500	21.500	6011982301
Marzo	1.750.905	218.900	280.200	42.700	6011984355
Totales	1.750.905	328.700	420.700	64.200	

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	016470356235	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de cuenta	AHORROS
FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)					
CUENTA DE COBRO No. 1					

AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES		
Número de registro presupuestal	**Rubro**	**Valor**
20250279		$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	$0
Valor a pagar	$3.000.000
SALDO	$6.000.000

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. 2026-028 DE 2026 certifico que el/la contratista SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA 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: Mario Echeverry Alvarez – asesor juridico
Aprobó: Vivian Lorena Marulanda – Gerente

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116157654
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOTOCO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 9 N° 8 - 65	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			6011984355	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/03/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	156012767

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										$ 280.200	$ 0	$ 280.200

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 ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS018	EPS018-S.O.S.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700	
SUBTOTALES:									$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700	

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RENTA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD					ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1116157654	IZQUIERDO REINA SANDRA XIMENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS018-S.O.S.	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-25-COLMENA	30	$ 1.750.905	111615765	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116157654
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOTOCO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 9 N° 8 - 65	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6011984355**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		156012767

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8050011572	EPS018	EPS018-S.O.S.	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002261753	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 42.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 541.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 541.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116157654
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOTOCO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 9 N° 8 - 65	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			6011982301	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			4				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/03/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			144922131

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 140.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400	$ 0	$ 140.100	$ 400	$ 140.500
SUBTOTALES:										$ 140.100	$ 400	$ 140.500

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 ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS018	EPS018-S.O.S.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.500	$ 0	$ 300	$ 0	$ 109.500	$ 300	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													$ 109.500	$ 300	$ 0	$ 109.800

Planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.400	$ 21.400	$ 100	$ 0	$ 21.500
SUBTOTALES:									$ 21.400	$ 100	$ 0	$ 21.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES					
																								PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1116157654	IZQUIERDO REINA SANDRA XIMENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	16																	230301-PORVENIR	15	$ 875.453	$ 140.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.100	EPS018-S.O.S.	15	$ 875.453	$ 109.500	$ 0	$ 109.500	14-25-COLMENA	15	$ 875.453	111615765	$ 21.400	0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 271.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116157654
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOTOCO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 9 N° 8 - 65	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6011982301**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		4			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		144922131

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
X																

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 140.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 140.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8050011572	EPS018	EPS018-S.O.S.	1	$ 109.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 109.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002261753	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 21.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 21.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 271.000**
VALOR MORA:	**$ 800**
TOTAL PAGADO:	**$ 271.800**

INFORME PARCIAL 1
CONTRATO
2026-028 DE 2026

OBJETO

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

PERIODO

DEL 17 DE FEBRERO AL 16 DE MARZO DE 2026

Doctora:

YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ

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

REFERENCIA: PRESENTACIÓN INFORME

Cordial saludo.

Yo, SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA, identificado con cedula de ciudadanía No 1116157654 de Yotoco Valle del Cauca, en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No. 2026-028, 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 se caracteriza la población de Medicanoa e Inmaculada, el cual es fundamental para poder ofrecer un tratamiento efectivo para el área de odontología, en donde podemos captar pacientes según la edad y poder clasificar según la ley 380, por ejemplo los niños que requieren un enfoque diferente al de los adultos tales como la aplicación de flúor, y los adultos tales como enfermedades sistémicas que pueden afectar la salud bucal y el tratamiento odontológico
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.	se brinda información a la población sobre la importancia de entender que la salud bucal es fundamental en la parte estética, funcional y clínica, algunos pacientes pueden requerir enfoque especial como los pacientes con diabetes, problemas cardiacos, enfermedades crónicas de base, dándoles manejo de profilaxis antibiótica dirigida por el odontólogo encargado.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	ACTIVIDAD
3 Notificar al médico cualquier evento de interés en salud pública de resolución inmediata.	Durante este periodo notificamos al odontólogo coordinador sobre cómo se encuentran los equipos para poder salir a campo y poder garantizar una buena atención, la notificación sobre los equipos nos permite tomar medidas para prevenir accidentes y garantizar la seguridad del paciente y así se pueda planificar y realizar la agenda semanal de cada vereda en los puestos de salud
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	ACTIVIDAD
4) Orientar a la comunidad hacia los servicios sociales y de salud.	Durante este periodo se rinda la información a paciente con los tratamiento a seguir y se les explica lo importante que es asistir a las citas que se programan, se les da indicación de cepillarse tres veces al día, la importancia de usa hilo dental y tener hábitos saludables También se les indica sobre las radiografías enviadas por el odontólogo Se les brinda información sobre las remisiones
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.	5) para este periodo participamos activamente de los procesos de inducción y re inducción; las reuniones del equipo de trabajo y programación de estrategias y actividades.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
Evidencia:	

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	ACTIVIDAD
6) Realizar apoyo en las convocatorias a los procesos que realiza el EBS.	Durante este periodo brindamos atención odontológica a los pacientes y así reciban la atención y el cuidado que necesitan durante la atención realizada, se proporciona información a los pacientes clara y precisa sobre el tratamiento y los procedimientos odontológicos. Se realiza demanda de las diferentes veredas y corregimientos encargados y se empieza la búsqueda activa de pacientes con el fin de aumentar la demanda inducida y la asignación a la IPS odontológica, se realizan actividades de promoción y prevención
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7	ACTIVIDAD
7) Digitalizar, consolidar y archivar la información recolectada si aplica.	Durante este periodo se llena el registro de la carpeta de esterilización de Odontologia, también se toman datos a los pacientes de Odontologia en equipos básicos cuando terminan tratamiento para digitalizar la información y tener el registro de los pacientes que se captan en las caracterizaciones realizadas del mes y brindar la información al odontólogo donde se permite seguimiento clínico y gestión del servicio en terreno
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 8	ACTIVIDAD
8) Notificar al coordinador las incidencias que se presenten en el desarrollo de la labor, así como también sus herramientas de trabajo	Se notifica al doctor sobre los equipos en el cual una de las unidades portátil se encuentra en mal estado, el eyector no succiona cuando se lo colocamos al paciente y así mismo se notifica al técnico para su respectivo arreglo, también se le brinda información a los pacientes edentulos en charlas educativas sobre la asepsia que deben mantener.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	

SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA

- CC: 1116157654

Contratista

SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA - CC: 1116157654 correo sandraximenaizquierdo@gmail.com

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. **DSHY1247**

18764078397051

CUDS:a20063e0746913c8755825d36ab7756286bbc2d9a8748a6d0377469a21e5f9f1465f25702c2ca629f2b03a3446b8f011

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:	IZQUIERDO REINA SANDRA XIMENA
Tipo Identificación:	NIT
NIT:	1116157654
Dirección:	CALLE 9 8-65
Teléfono:	3186940619
Ciudad:	YOTOCO
País:	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
26/03/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	26/04/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
26/03/2026 12:25:23	27/03/2026 12:25:36		

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

TOTAL ÍTEMS: 1

VALORES EN LETRA: TRES MILLONES PESOS

OBSERVACIONES:
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ORAL, PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA DURANTE EL MES DE FEBRERO MARZO

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: 2026-03-26 12: 25:23 - Fecha Validación Dian: 2026-03-2712:25:36

© 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:
SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA
CC 1116157654

LA SUMA DE: TRES MILLONES DE PESOS M/C ($3.000.000,00)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como auxiliar oral, para integrar los equipos básicos de salud, en el municipio de Yotoco valle del cauca

OBJETO:

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

Yotoco, 26 de marzo de 2026

Consignar cuenta ahorros, Número de cuenta: 016470356235

Firma: _____
SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA
C.C. 1116157654
Teléfono: 3186940619
Dirección: CALLE 9 # 8-65
Correo: sandraximenaizquierdo@gmail.com
Código CIIU: 8211

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 $ 1.500.000.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		
Matias Libreros		X			1.116.161.035	Hijo
Juan Pablo Libreros		X			1.116.161.142	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: _____

SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA
C.C. 1116157654
Teléfono: 3186940619
Dirección: CALLE 9 # 8-65
Correo: sandraximenaizquierdo@gmail.com
Código CIIU: 8211

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	SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA	**Estado Proceso**	Pagado
Nº Proceso de Pago	54105307		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400049677		
Fecha de Creacion	26/03/2026	**Fecha de Pago**	26/03/2026 14:34
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
1116157654	SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA	0000008903091156	Ahorros	16470356235	DAVIVIENDA	$ 2.970.000,00	Pago Exitoso	