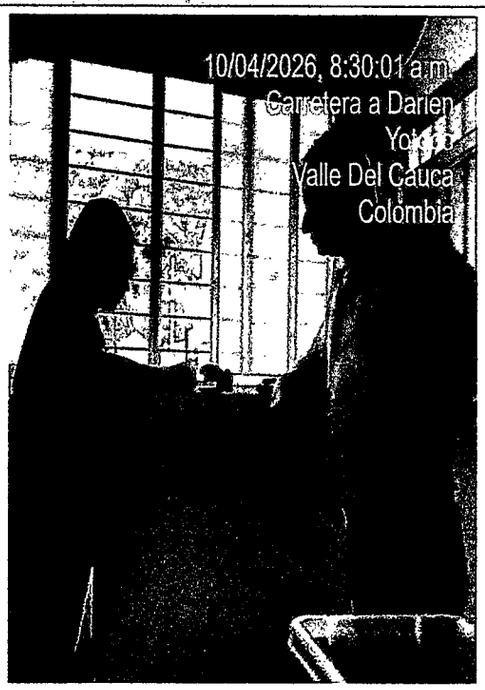
ACTA DE SUPERVISION No.02 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 16 MARZO AL 17 DE ABRIL DE 2025 FECHA DEL INFORME:21/04/2026						
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO						
No. Contrato o convenio:	2026-028					
Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS 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.	66,66%					
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.

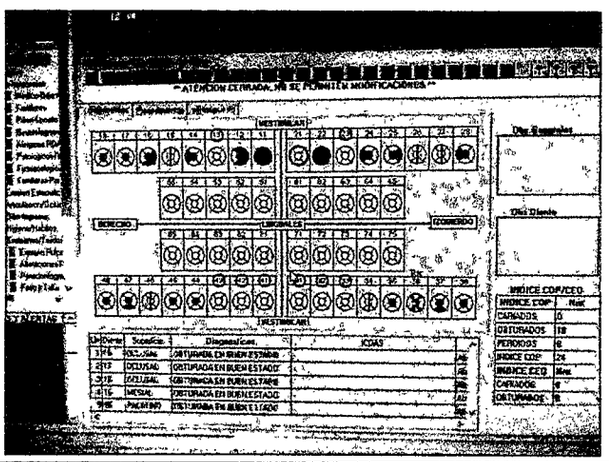
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Para Este Periodo Se Captan Pacientes cuya forma es hacer intervención y actualizar los datos de sus familias y poder realizar las respectivas caracterizaciones de sus familias y tener información para poder intervenir con los servicios de medicina y odontología y poder brindar todos los servicios que brinda el hospital para una buena atención temprana a muchas enfermedades. Se dan recomendaciones de higiene oral durante las atenciones realizadas. Evidencia:

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
 

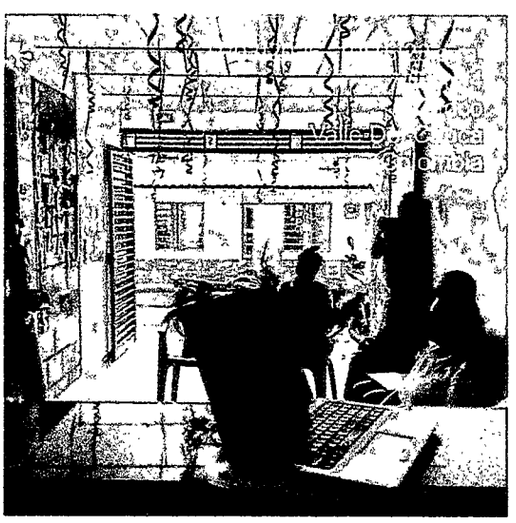
2) Brindar información en salud a las familias y el individuo de carácter individual o grupal.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante este periodo se realizan actividades en salud oral, en los puestos de salud de los corregimientos del municipio de Yotoco, se identifican pacientes y se recopilan sus datos buscando activamente población que se encuentra sin servicio de odontología y la captación de nuevos usuarios para los servicios de salud, en algunos casos se identifica a las personas que están afiliadas al sistema de salud en otro municipio aun que vivan en los corregimientos se les proporciona ayuda para hacer el traspaso de la ips en el municipio de Yotoco, los cuales se utilizan para enrutar a los usuarios a través de los ciclos de vida según la resolución 3280 del ministerio de salud y protección social , teniendo en cuenta su necesidad con el objetivo principal de prevenir enfermedades dentales.
Evidencia:
 

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
• Es importante notificar al odontólogo, sobre todas las actividades a realizar en el mes como capacitaciones, eventos entre otros, para ayudar a garantizar la atención a los pacientes y prevenir complicaciones en el sistema y garantizar una buena atención y que no haya complicaciones al tiempo de atender los usuarios También se informa sobre los pacientes que llegan a las citas odontológicas de tratamiento con las radiografías y así el medico pueda dar un pronóstico a los pacientes, el odontólogo puede indicar la necesidad de tratamientos más complejos y garantizar al paciente una atención segura y efectiva
Evidencia:  

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se realiza una charla educativa de odontología las cuales son una excelente manera de promover la salud bucal y prevenir problemas dentales a la comunidad de la modalidad familiar de Mediacanoa y brindamos información sobre las atenciones que según la resolución 3280, cuando deben asistir los niños el cual deben asistir a revisiones periódicas, también se les brinda información sobre las historias clínicas que las madres deben presentar al ICBF, el cual es un requisito que deben cumplir.
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
Durante este periodo se realiza reunión del equipo odontológico en el cual nos brindan información sobre las agendas

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
odontológicas y algunas indicaciones, es fundamental cumplir con la atención de los pacientes de las diferentes eps, asegurando su correcta programación y seguimiento. El diligenciamiento de los formatos de esterilización y demás registros a cargo de cada una debe realizarse de manera completa, oportuna y al día, sin excepción. Asimismo, en caso de ausencia de alguna compañera por incapacidad, cita médica u otro motivo, se debe brindar apoyo para garantizar el cumplimiento de estos procesos. Evidencia:  

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante este periodo trabajamos en conjunto con los médicos y jefes de los EBS para lograr objetivos, se brindan convocatorias a procesos básicos en atención odontológica y médica a los pacientes y así reciban la atención y el cuidado que necesitan durante la atención realizada. El cual se lleva a cavo en la zona rural y urbana del municipio de Yotoco brindando los servicios de higiene oral, historia clínica y formulación. Evidencia:  

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Para este periodo se realiza la demanda inducida de los diferentes territorios del hospital local de yotoco sobre la base de datos que se recolecta en cada caracterizacion , para poder realizar un servicios a los usuarios de las diferentes eps, brindandole tratamiento de salud bucal, tambien se lleva a cabo un registro de asistencia.
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 comunica a los diferentes odontólogos encargados del estado de los equipos de odontología en cada atención extramural que se realiza en las diferentes veredas y corregimientos del municipio de Yotoco, el cual es importante para poder desarrollar las actividades en cada atención que se brinda a la comunidad.
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
abril	1.750.905	218.900	280.200	42.700	6012559577
Totales	1.750.905	547.600	700.900	106.900	

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. 2					

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	$6.000.000
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. 2026-028 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
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:	**6012559577**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO:	2026	
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	247241434		

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 RAZON SOCIAL:			SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOTOCO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 8 Nº 8 - 65	TELEFONO:	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:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	5012559577		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	abril AÑO 2026	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES	abril AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/23		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2472441434

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES 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

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACION	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	LIQUIDACION VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES 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

Planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0			$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:									$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	NOVEDADES: REFORMA TRIBUTARIA	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS %	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1116157654	IZQUIERDO REINA SANDRA XIMENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.750.905			NO															230301-PORVENIR	30	1.750.900	$ 280.200	$ 0				Normal	$ 280.200	EPS018-S.O.S.	30	1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-25-COLMENA	30	1.750.905	$ 1116157654	$ 42.700	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada

INFORME PARCIAL 11
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 16 DE MARZO AL 17 DE ABRIL DE 2026

Doctora:

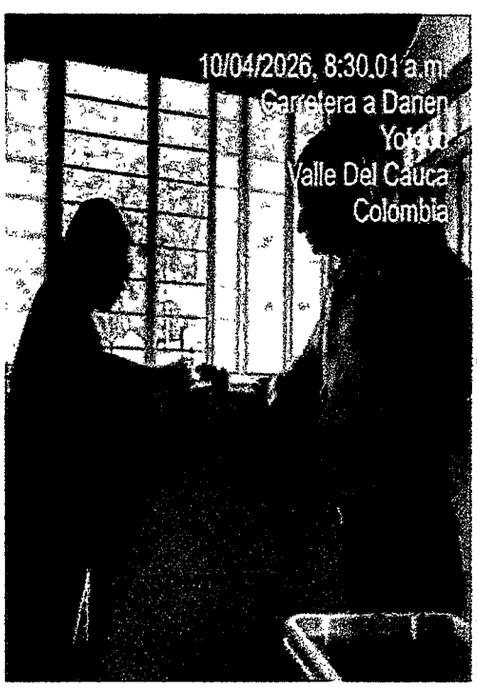
YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ

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

REFERENCIA: PRESENTACIÓN INFORME

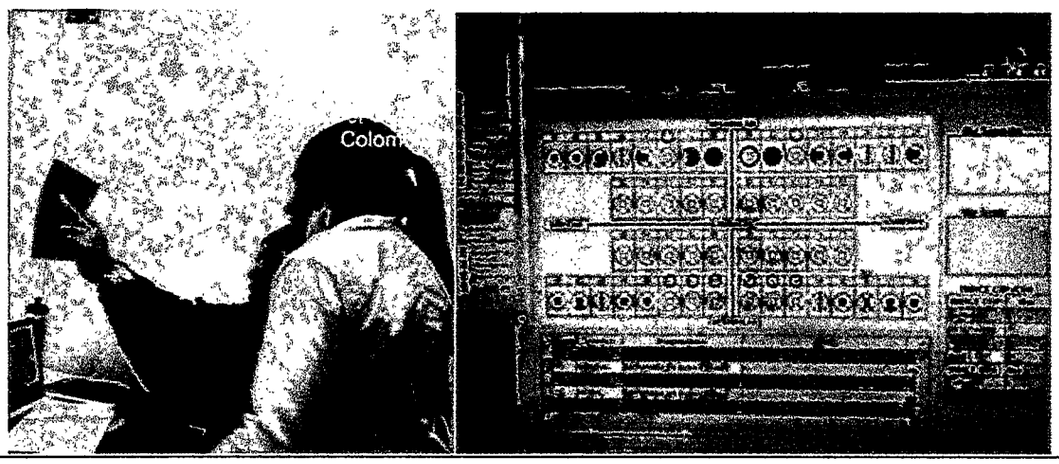
Cordial saludo.

Yo, 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 I 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.	• Para Este Periodo Se Captan Pacientes cuya forma es hacer intervención y actualizar los datos de sus familias y poder realizar las respectivas caracterizaciones de sus familias y tener información para poder intervenir con los servicios de medicina y odontología y poder brindar todos los servicios que brinda el hospital para una buena atención temprana a muchas enfermedades. Se dan recomendaciones de higiene oral durante las atenciones realizadas.
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.	Durante este periodo se realizan actividades en salud oral, en los puestos de salud de los corregimientos del municipio de Yotoco, se identifican pacientes y se recopilan sus datos buscando activamente población que se encuentra sin servicio de odontología y la captación de nuevos usuarios para los servicios de salud, en algunos casos se identifica a las personas que están afiliadas al sistema de salud en otro municipio aun que vivan en los corregimientos se les proporciona ayuda para hacer el traspaso de la ips en el municipio de Yotoco, los cuales se utilizan para enrutar a los usuarios a través de los ciclos de vida según la resolución 3280 del ministerio de salud y protección social , teniendo en cuenta su necesidad con el objetivo principal de prevenir enfermedades dentales.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	ACTIVIDAD
3 Notificar al médico cualquier evento de interés en salud pública de resolución inmediata.	• Es importante notificar al odontólogo, sobre todas las actividades a realizar en el mes como capacitaciones, eventos entre otros, para ayudar a garantizar la atención a los pacientes y prevenir complicaciones en el sistema y garantizar una buena atención y que no haya complicaciones al tiempo de atender los usuarios También se informa sobre los pacientes que llegan a las citas odontológicas de tratamiento con las radiografías y así el medico pueda dar un pronóstico a los pacientes, el odontólogo puede indicar la necesidad de tratamientos más complejos y garantizar al paciente una atención segura y efectiva
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	ACTIVIDAD
4) Orientar a la comunidad hacia los servicios sociales y de salud.	Se realiza una charla educativa de odontología las cuales son una excelente manera de promover la salud bucal y prevenir problemas dentales a la comunidad de la modalidad familiar de Mediacanoa y brindamos información sobre las atenciones que según la resolución 3280, cuando deben asistir los niños el cual deben asistir a revisiones periódicas, también se les brinda información sobre las historias clínicas que las madres deben presentar al ICBF, el cual es un requisito que deben cumplir.
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.	Durante este periodo se realiza reunión del equipo odontológico en el cual nos brindan información sobre las agendas odontológicas y algunas indicaciones, es fundamental cumplir con la atención de los pacientes de las diferentes eps, asegurando su correcta programación y seguimiento. El diligenciamiento de los formatos de esterilización y demás registros a cargo de cada una debe realizarse de manera completa, oportuna y al día, sin excepción. Asimismo, en caso de ausencia de alguna compañera por incapacidad, cita médica u otro motivo, se debe brindar apoyo para garantizar el cumplimiento de estos procesos.

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 trabajamos en conjunto con los médicos y jefes de los EBS para lograr objetivos, se brindan convocatorias a procesos básicos en atención odontológica y médica a los pacientes y así reciban la atención y el cuidado que necesitan durante la atención realizada. El cual se lleva a cabo en la zona rural y urbana del municipio de Yotoco brindando los servicios de higiene oral, historia clínica y formulación.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7	**ACTIVIDAD**
7) Digitalizar, consolidar y archivar la información recolectada si aplica.	Para este periodo se realiza la demanda inducida de los diferentes territorios del hospital local de yotoco sobre la base de datos que se recolecta en cada caracterizacion , para poder realizar un servicios a los usuarios de las diferentes eps, brindandole tratamiento de salud bucal, tambien se lleva a cabo un registro de asistencia
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 comunica a los diferentes odontólogos encargados del estado de los equipos de odontología en cada atención extramural que se realiza en las diferentes veredas y corregimientos del municipio de Yotoco, el cual es importante para poder desarrollar las actividades en cada atención que se brinda a la comunidad.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA
- CC: 1116157654
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. **DSHY1324**

18764078397051

CUDS:15379f13356da817542cc38167d8dd713852412fcde2fbea29af4aa4c0e62c5a849a3377b59d7ac1999391ab633b18ed

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	IZQUIERDO REINA SANDRA XIMENA
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	1116157654
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	CALLE 9 8-65
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3186940619
Ciudad:	YOTOCO	**Ciudad:**	YOTOCO
País:	Colombia	**País:**	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
23/04/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	23/05/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
23/04/2026 11:00:45	23/04/2026 11:00:58		

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ORAL, PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN MARCO DE LA EJECUCION DEL PROYECTO DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD, DEL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA 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 ORAL, PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN MARCO DE LA EJECUCION DEL PROYECTO DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD, DEL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA 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: 2026-04-23 11: 00:45 - Fecha Validación Dian: 2026-04-2311:00:58

© 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, 23 de abril 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 $_____.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		
Matias Libreros Izquierdo			X		1.116.161.335.	Hijo
Juan Pablo Libreros I			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	54338434		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400049677		
Fecha de Creacion	23/04/2026	**Fecha de Pago**	23/04/2026 17:47
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	