ACTA DE SUPERVISION No.03 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 17 ABRIL AL 17 DE MAYO 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.	100%					
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					

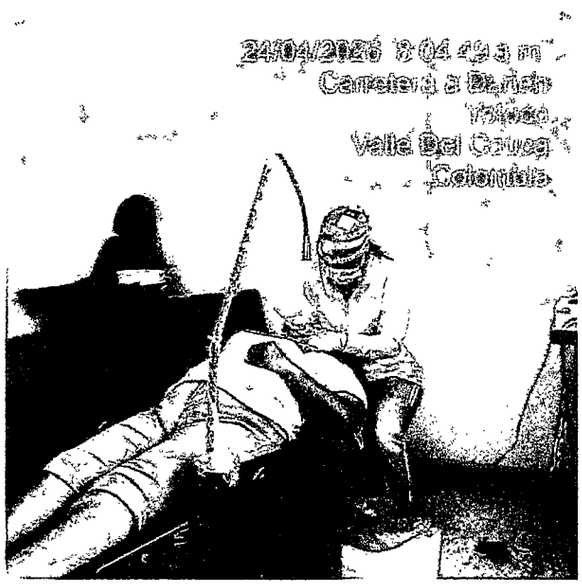
I. **OBLIGACIONES O ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO Y QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO O COVENIO Teniendo en cuenta la naturaleza y tipo de contrato o convenio de conformidad con lo establecido en la cláusula No _6_ Literal B se presenta el informe correspondiente.**

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

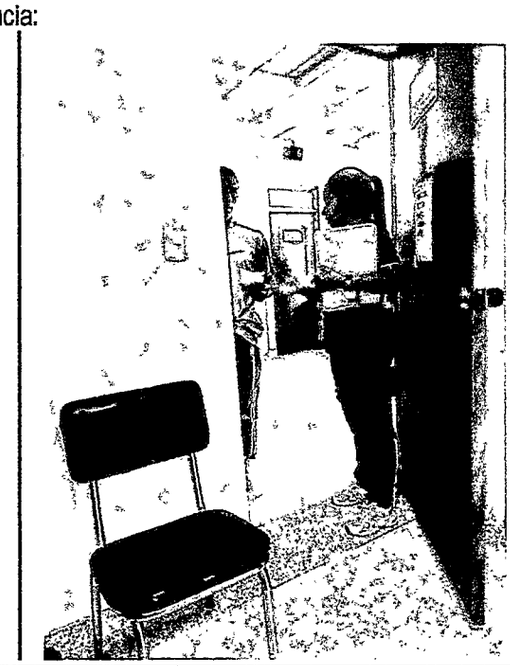
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante este Periodo trabajado se lograron captar pacientes el cual se intervienen para registrar los datos de sus familias y así se logra atender la población que nunca ha asistido a un tratamiento odontológico en el cual se les realiza higiene oral y demás tratamientos odontológicos en el cual se realiza las respectivas caracterizaciones y poder brindar todos los servicios que brinda el hospital para una buena atención temprana a muchas enfermedades. Evidencia:

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
 

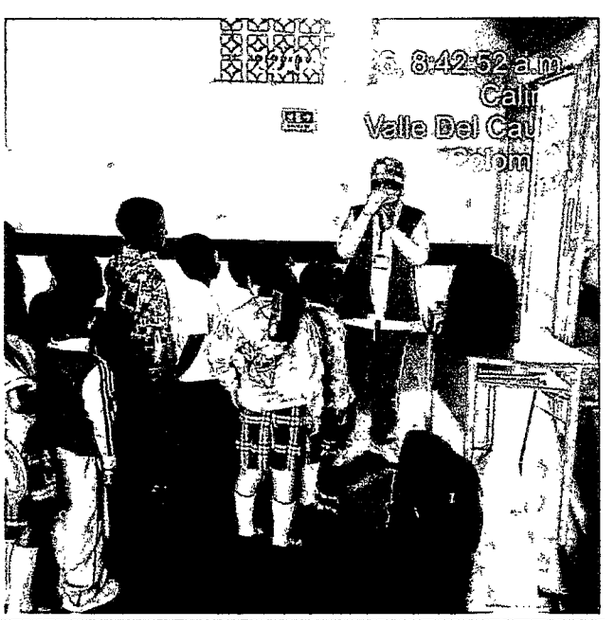
2) Brindar información en salud a las familias y el individuo de carácter individual o grupal.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se brinda toda la información a la población de las veredas sobre las atenciones que se brindan (horarios, días de atención y demás) para que haya una buena asistencia en las veredas sobre el servicio de odontología el cual recurren muchas personas que no se pueden desplazar hasta el hospital de Yotoco y así poder brindarles una óptima atención.
Evidencia:
 

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Es clave notificar al odontólogo encargado sobre las necesidades de los pacientes, también los cambios de agendas, estado de los equipos, si ocurre alguna falla que pueda afectar la atención en veredas, una notificación oportuna evita interrupciones en la atención, así protegemos la seguridad del paciente y nos permite planificar una mejor jornada.
Evidencia:  

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Realizamos una jornada de aplicación de flúor en las escuelas rurales, brindándoles una charla sobre los cuidados que deben tener con su higiene oral, el cual es una buena estrategia para la salud bucal y así prevenir caries en los niños con acceso limitado a servicios odontológicos, el cual realizamos a través de los equipos básicos de salud y con apoyo de las instituciones educativas.
Evidencia:  

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

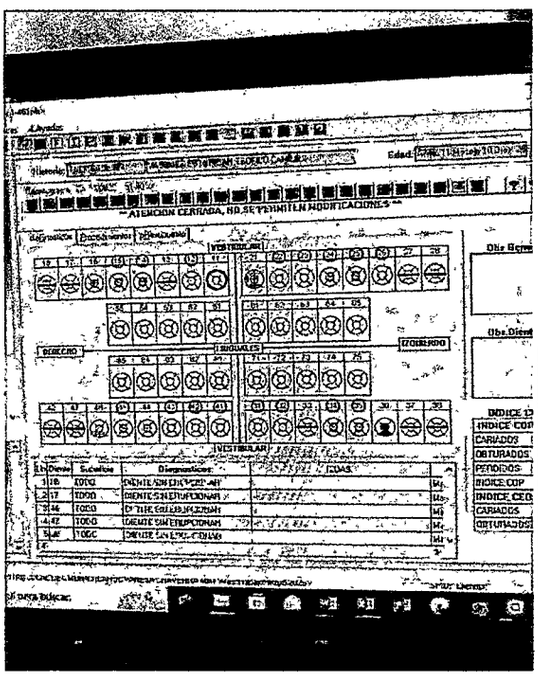
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Para este periodo es importante revisar el buen funcionamiento de los equipos básicos en el cual podemos brindar una buena atención a las personas mas lejanas a un puesto de salud el cual es de vital importancia dar un buen funcionamiento y cumplimiento a los pacientes, se logra una buena reinducción con las gestoras para ubicar algunos pacientes que hasta el momento no asisten por dificultades que se les presentan y las gestoras le programan sus citas.
Evidencia:  

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se convoca a los pacientes por medio telefónico, mensaje de whatsapp confirmando las citas programadas para odontología el cual resulta efectivo y gran asistencia a las jornadas de salud bucal y así asegurar una asistencia previa a los tratamientos que requieran continuidad. Evidencia:

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
 

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante este periodo se cargan las historias al sistema que tiene el hospital cumpliendo con los datos requeridos como lo son los datos personales, anamnesis, examen clinico, diagnostico, evolucion, consentimiento informado de cada uno de los pacinetes que fueron atendidos en cada una de las veredas, el cual es obligatorio para cumplir con la normatividad del ministerio de salud y garantizar la continuidad a la atencion en el cual rige la resolucion 3280. Evidencia:  

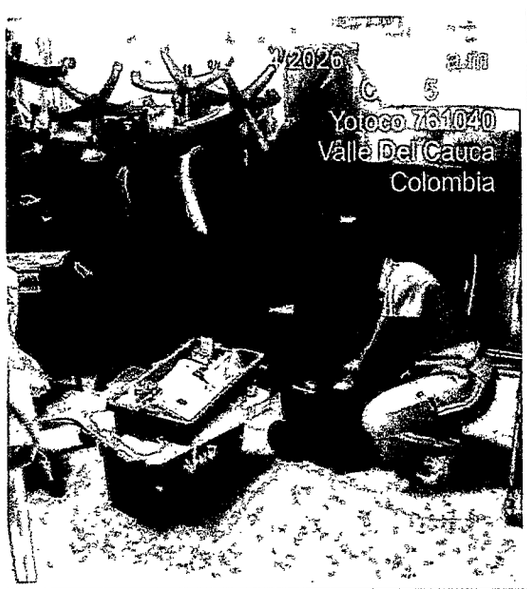
8) Notificar al coordinador las incidencias que se presenten en el desarrollo de la labor, así como también sus

herramientas de trabajo

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se informa al coordinador de odontología el estado de los quipos en el cual el compresor portátil se recalienta y el eyector no funciona para que los técnicos realicen un buen mantenimiento y revisen el estado sobre ellos. Se deja constancia sobre los demás equipos que presentan un buen funcionamiento
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**			
		Aporte a salud	**Aporte a pensión**	**Aporte a ARL (solo aplica para Nivel Riesgo I,II y III)**	**Número de Referencia de planilla (s)**
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
mayo	1.750.905	124.100	158.800	24.400	6016977438
Totales	1.750.905	671.700	859.700	131.300	

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. 3					

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	$6.000.000
Valor a pagar	$3.000.000
SALDO	$0

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

INFORME PARCIAL III
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 ABRIL AL 17 DE MAYO DE 2026

Doctora:

YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ

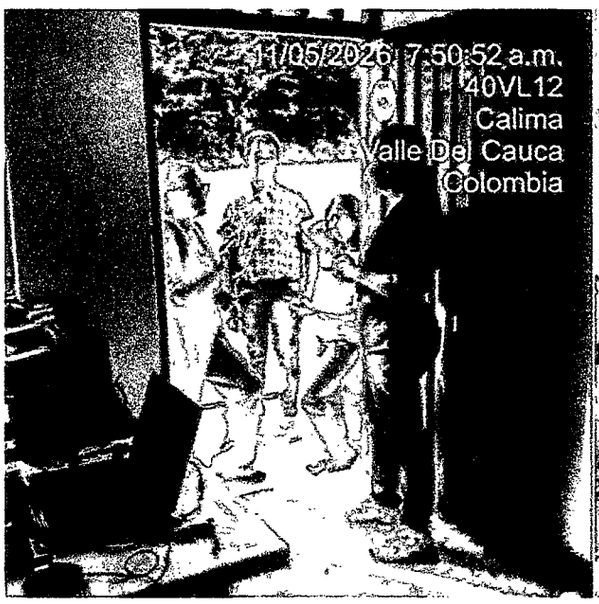
Supervisora Contrato
Sub-directora Científica
Hospital Local Yotoco
Yotoco-Valle

REFERENCIA: PRESENTACIÓN INFORME

Cordial saludo.

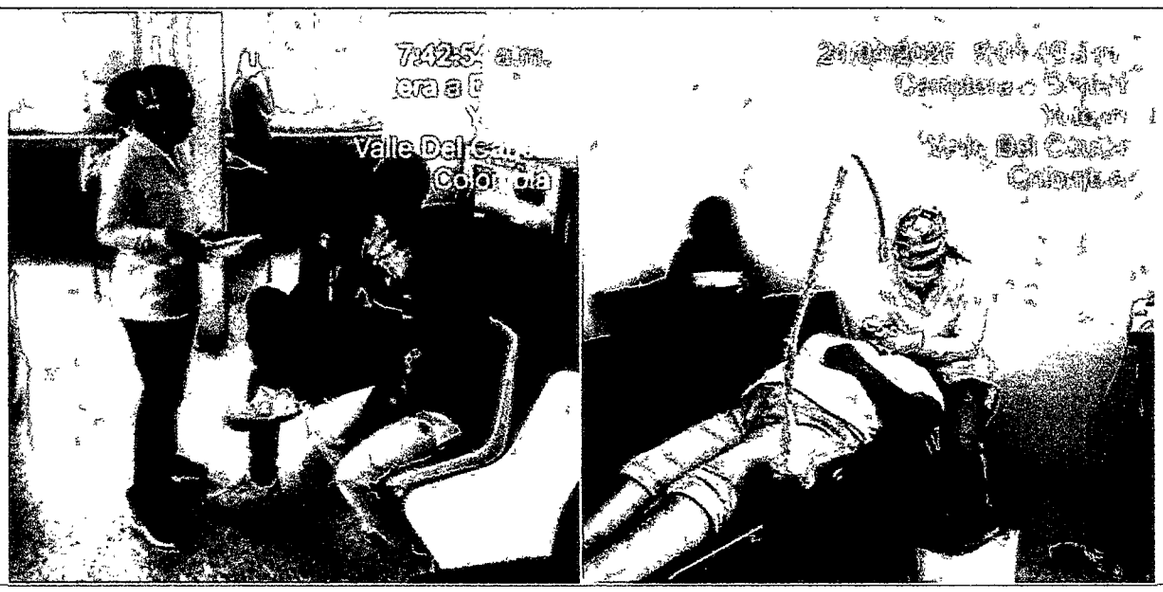
Yo, SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA, identificado con cedula de ciudadanía No 1116157654 de Yotoco Valle del Cauca, en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No. 2026-028, atentamente presento el informe parcial 1 de las actividades 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 trabajado se lograron captar pacientes el cual se intervienen para registrar los datos de sus familias y así se logra atender la población que nunca ha asistido a un tratamiento odontológico en el cual se les realiza higiene oral y demás tratamientos odontológicos en el cual se realiza las respectivas caracterizaciones y poder brindar todos los servicios que brinda el hospital para una buena atención temprana a muchas enfermedades.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	



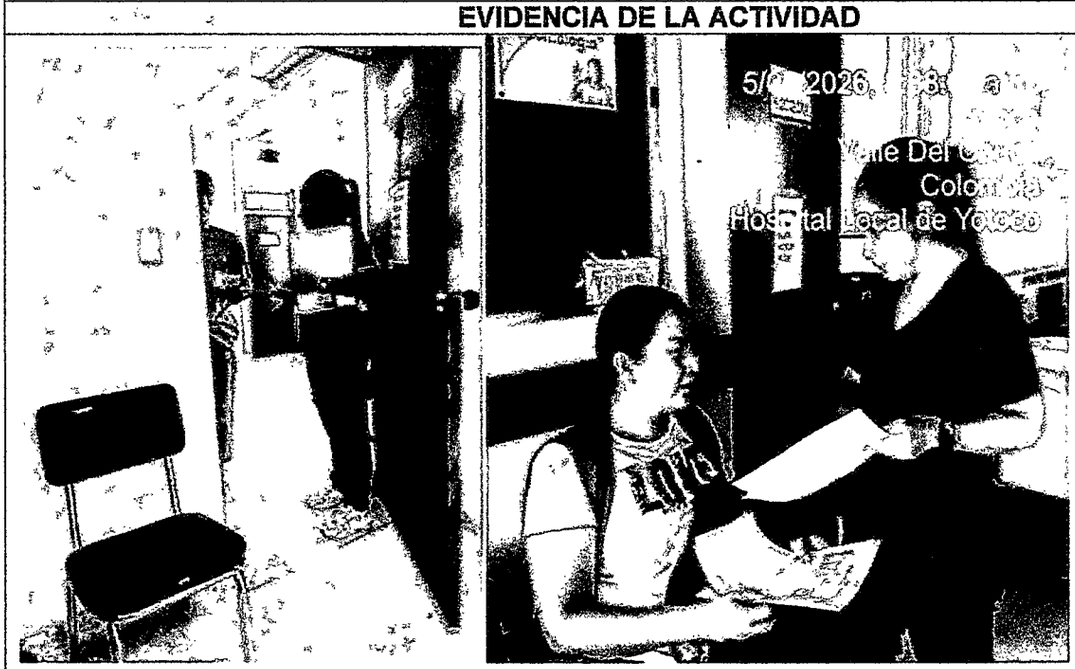


OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.	ACTIVIDAD
2). Brindar información en salud a las familias y el individuo de carácter individual o grupal.	Se brinda toda la información a la población de las veredas sobre las atenciones que se brindan (horarios, días de atención y demás) para que haya una buena asistencia en las veredas sobre el servicio de odontología el cual recurren muchas personas que no se pueden desplazar hasta el hospital de Yotoco y así poder brindarles una óptima atención.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	ACTIVIDAD
3 Notificar al médico cualquier evento de interés en salud pública de resolución inmediata.	Es clave notificar al odontólogo encargado sobre las necesidades de los pacientes, también los cambios de agendas, estado de los equipos, si ocurre alguna falla que pueda afectar la atención en veredas, una notificación oportuna evita interrupciones en la atención, así protegemos la seguridad del paciente y nos permite planificar una mejor jornada.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	ACTIVIDAD
4) Orientar a la comunidad hacia los servicios sociales y de salud.	Realizamos una jornada de aplicación de flúor en las escuelas rurales, brindándoles una charla sobre los cuidados que deben tener con su higiene oral, el cual es una buena estrategia para la salud bucal y así prevenir caries en los niños con acceso limitado a servicios odontológicos, el cual realizamos a través de los equipos básicos de salud y con apoyo de las instituciones educativas.

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.	Para este periodo es importante revisar el buen funcionamiento de los equipos básicos en el cual podemos brindar una buena atención a las personas más lejanas a un puesto de salud el cual es de vital importancia dar un buen funcionamiento y cumplimiento a los pacientes, se logra una buena reinducción con las gestoras para ubicar algunos pacientes que hasta el momento no asisten por dificultades que se les presentan y las gestoras le programan sus citas.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	

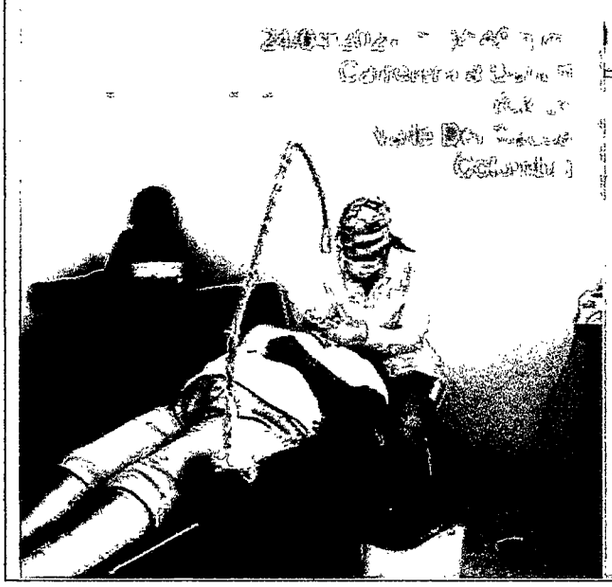


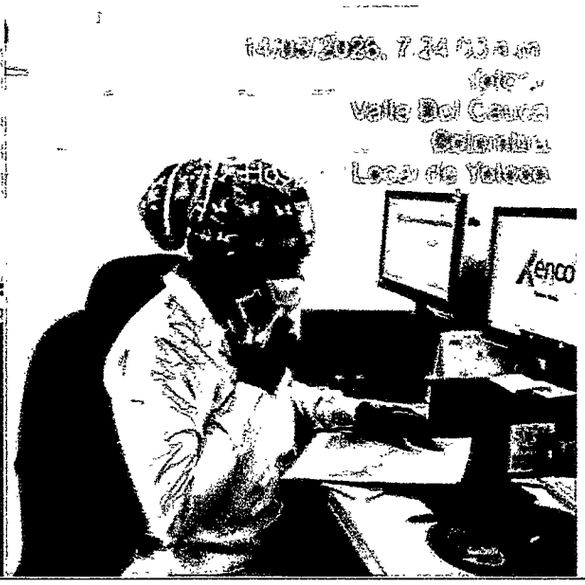
Evidencia:

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	ACTIVIDAD

6) Realizar apoyo en las convocatorias a los procesos que realiza el EBS.	Se convoca a los pacientes por medio telefónico, mensaje de whatsapp confirmando las citas programadas para odontología el cual resulta efectivo y gran asistencia a las jornadas de salud bucal y así asegurar una asistencia previa a los tratamientos que requieran continuidad.

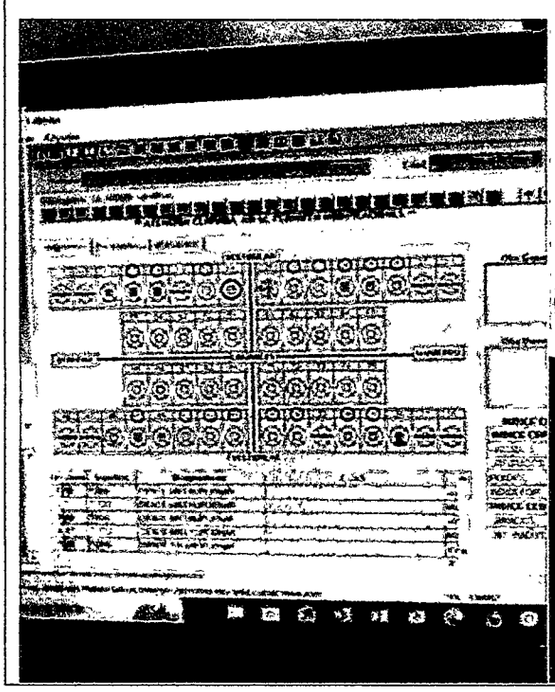
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD





OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7	ACTIVIDAD
7) Digitalizar, consolidar y archivar la información recolectada si aplica.	Durante este periodo se cargan las historias al sistema que tiene el hospital cumpliendo con los datos requeridos como lo son los datos personales, anamnesis, examen clínico, diagnostico, evolución, consentimiento informado de cada uno de los pacientes que fueron atendidos en cada una de las veredas, el cual es obligatorio para cumplir con la normatividad del ministerio de salud y garantizar la continuidad a la atención en el cual rige la resolución 3280.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



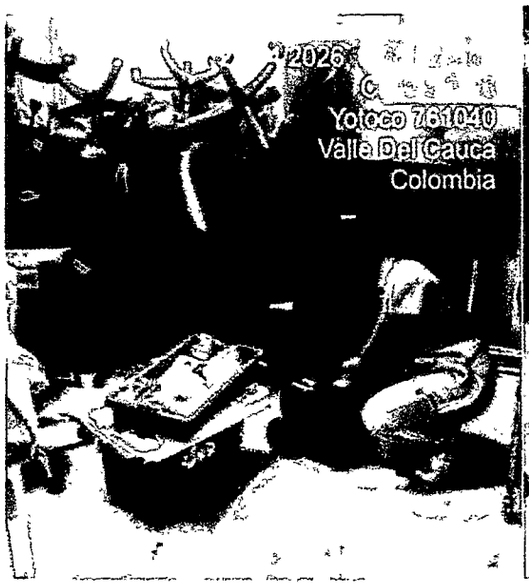


OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 8	ACTIVIDAD
8) Notificar al coordinador las incidencias que se presenten en el desarrollo de la labor, así como también sus herramientas de trabajo	Se informa al coordinador de odontología el estado de los quipos en el cual el compresor portátil se recalienta y el eyector no funciona para que los técnicos realicen un buen mantenimiento y revisen el estado sobre ellos. Se deja constancia sobre los demás equipos que presentan un buen funcionamiento

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD









SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA
- CC: 1116157654
Contratista

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

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 Nº 8 - 55	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	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:			6016977438	TIPO DE PLANILLA:	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALU	
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/05/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA	
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP
230301	230301-PORVENIR	1	$ 158.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:									

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA	
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES
EPS018	EPS018-S.O.S.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 124.100	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:												

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 24.200
SUBTOTALES:								

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | |

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:	**6016977438**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	339665942		

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	$ 158.800
		SUBTOTAL:	1	$ 158.800
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8050011572	EPS018	EPS018-S.O.S.	1	$ 124.100
		SUBTOTAL:	1	$ 124.100
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002261753	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 24.200
		SUBTOTAL:	1	$ 24.200

VALOR SIN MORA:	**$ 307.100**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 307.100**

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. **DSHY1386**

18764078397051

CUDS:4d6687977542e9efa08ceac74cc4b7d71c17be3cc47b0d53a9c43e6d53f13114cb1cd50ba062f2f9917b918bda3a636a

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:
29/05/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	29/06/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
29/05/2026 02:42:24	29/05/2026 02:42:49		

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA INTEGRAR LOS EQUIPOSBASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA DURANTE EL MES DE ABRIL-MAYO	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 EQUIPOSBASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA DURANTE EL MES DE ABRIL-MAYO

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: 2026-05-29 02: 42:24 - Fecha Validación Dian: 2026-05-2902:42:49

© 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, 29 de mayo de 2026

Consignar cuenta ahorros, Número de cuenta: 016470356235

Firma: Sandra Ximena Izquierdo
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 Liberos.			X		1.116.161.035	Hijo
Juan Pablo Liberos		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.
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	54668834		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400049677		
Fecha de Creacion	02/06/2026	**Fecha de Pago**	02/06/2026 10:05
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	

HOSPITAL LOCAL MUNICIO DE YOTOCO E.S.E. A.P.S

SANDRA XIMENA IZQUIERDO REINA C.C. 1.116.157.654

CTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA No. 016 470 356 235

FECHA	No. FACT.	SUBTOTAL	TOTAL	ESTAMPILLA PRO CULTURA 1%	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 4%	ESTAMPILLA 1%	ESTAMPILLA PRO DEPORTE 2.5%	TOTAL A PAGAR
29/05/2026	DSHY-1388	$ 3.000.000	$ 3.000.000			$ 30.000		$ 2.970.000
TOTAL		**$ 3.000.000**	**$ 3.000.000**	$ -	$ -	**$ 30.000**	$ -	**$ 2.970.000**