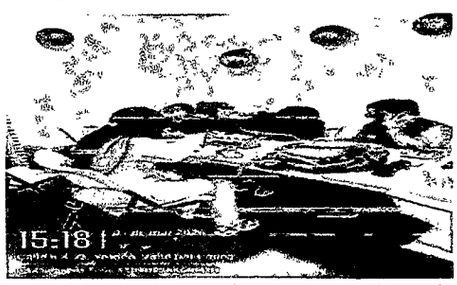
ACTA DE SUPERVISION No. 01 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 17 FEBRERO AL 17 DE MARZO DE 2026 FECHA DEL INFORME: 20/03/2026							
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO							
No. Contrato o convenio:	2026/029						
Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA						
Clase de Contrato o convenio:	SERVICIOS						
No. de Registro Presupuestal:	2026-0079						
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.	33,33 %						
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	100%						
Nombre del contratista:	VALENTINA PADILLA GARCIA						
CC / Nit:	C.C. No. 1112389746						
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ						
Cargo del Supervisor:	Sub-directora Científica						

1. **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.

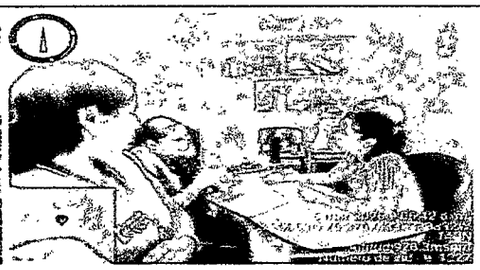
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo correspondiente, se realizó un barrido en el territorio de Mediacanoa, específicamente en el sector Brisas del Boquerón, con el propósito de identificar usuarios nuevos y actualizar la información de las familias residentes en la zona. En el desarrollo de estas actividades, y en cumplimiento de mi rol como auxiliar de enfermería, participé en el diligenciamiento y actualización de las fichas de caracterización individual y familiar, recolectando información relevante sobre las condiciones biológicas, psicológicas y sociales de los usuarios. Este proceso permitió reconocer factores de riesgo, necesidades en salud y condiciones del entorno familiar. Asimismo, se aplicaron herramientas de primer contacto, las cuales facilitaron la valoración inicial de los usuarios y la identificación de situaciones que requieren seguimiento o intervención por parte del equipo de salud. De igual manera, se realizaron acciones de promoción de la salud y mantenimiento, brindando orientación básica y educación a la comunidad.

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 las visitas realizadas en la comunidad del corregimiento de Mediacanoa, se desarrollaron actividades de educación y orientación en salud dirigidas tanto a familias como a individuos, de manera individual y grupal, con el propósito de fortalecer el conocimiento y promover prácticas de autocuidado. En el marco de mi rol como auxiliar de enfermería, se brindó información relacionada con salud sexual y reproductiva, haciendo énfasis en la importancia de la toma periódica de citología cervicouterina como estrategia para la detección temprana de alteraciones en el cuello uterino. Asimismo, se orientó a la comunidad sobre la importancia de la vacunación como medida de prevención frente a diversas enfermedades. De igual manera, se educó a los usuarios sobre la identificación de signos y síntomas de alarma, resaltando la importancia de acudir oportunamente al médico o a los servicios de salud ante cualquier manifestación inusual que pueda comprometer su estado de salud.
 

3) Notificar al médico cualquier evento de resolución inmediata.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el desarrollo de las actividades en el territorio de Mediacanoa, se mantuvo observación permanente frente a la posible identificación de signos, síntomas o situaciones que requirieran atención o resolución inmediata por parte del médico. Sin embargo, durante el proceso de visitas y actividades realizadas con los usuarios y sus familias, no se registraron eventualidades, emergencias o condiciones de salud que ameritaran notificación inmediata al profesional médico. Por lo tanto, no fue necesario realizar remisiones ni reportes de carácter urgente al equipo médico durante el periodo evaluado.
 

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

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

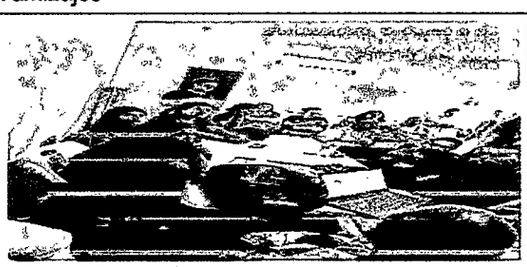
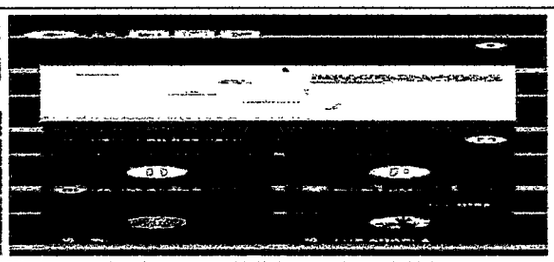
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo de intervención en la comunidad de Mediacanoa, se brindó orientación a los usuarios y sus familias sobre los servicios de salud y programas disponibles, con el fin de facilitar el acceso oportuno a la atención y fortalecer el uso adecuado de los recursos institucionales. En el desarrollo de estas actividades se informó a la comunidad sobre los servicios ofrecidos por el Hospital Local de Yotoco y el trabajo realizado por los equipos básicos de salud, resaltando la importancia de acudir a los controles y consultas cuando sea necesario. Estas acciones contribuyeron a fortalecer la articulación entre la comunidad y los servicios de salud, promoviendo el acceso oportuno a la atención y el acompañamiento institucional.





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
• Reunión de lineamientos EBS • Reunión de facturación cuenta de cobro, • Reunión socialización instrumentos de primer contacto • Reunión de los equipos básicos de conformación de los equipos básicos • Reunión entrega de dotación • Reunión socialización territorios • Taller comunicación asertiva • Socialización de formatos de uso diario • Asistencia técnica PAI • Reunión de líderes Mediacanoa • Reunión territorio • Validación de usuarios • Tamizajes

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo de intervención en la comunidad de Mediacanoa, se brindó apoyo en las convocatorias y desarrollo de las actividades organizadas por los Equipos Básicos de Salud (EBS), con el fin de promover la participación de la comunidad en las diferentes jornadas y servicios ofertados. En el marco de mi rol como auxiliar de enfermería, se participó activamente en jornadas de salud en las que se contó con la atención de médico general y psicología, realizando labores de captación y sensibilización de usuarios para fomentar la asistencia a controles y consultas oportunas. Asimismo, se apoyaron espacios de capacitación junto con el grupo psicosocial, orientados al fortalecimiento de conocimientos y habilidades en salud dentro de la comunidad, con el taller de comunicación asertiva. De igual manera, se colaboró en la validación e identificación de usuarios que requerían la realización de tamizajes, facilitando su inclusión en estas actividades. Adicionalmente, se brindó apoyo en el desplazamiento al territorio para la toma de muestras de laboratorio, contribuyendo a garantizar el acceso de la población a los procesos diagnósticos y de seguimiento en salud. Estas acciones permitieron fortalecer la cobertura de las actividades del equipo de salud y mejorar el acceso de la comunidad a los servicios.


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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el desarrollo de las actividades en el territorio de Mediacanoa, se llevó a cabo el proceso de digitalización, consolidación y organización de la información recolectada durante las jornadas de caracterización y tamización realizadas en la comunidad. En el marco de mis funciones como auxiliar de enfermería, se realizó el diligenciamiento y registro en el sistema de las fichas de caracterización individual y familiar, garantizando que la información recolectada en campo quedara correctamente consignada en la plataforma institucional. Asimismo, se efectuó la entrega de las fichas diligenciadas al área correspondiente y se realizó el archivo y organización de los documentos relacionados con los procesos de tamización, con el fin de mantener un adecuado control y respaldo de la información. Estas actividades permitieron asegurar la correcta gestión documental y el adecuado manejo de los registros en salud, facilitando el seguimiento de los usuarios y el acceso a la información por parte del equipo de salud.


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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el desarrollo de las actividades en el territorio de Mediacanoa, se realizó el reporte oportuno de las acciones ejecutadas y de cualquier novedad presentada en campo. En el marco de mis funciones como auxiliar de enfermería, todas las salidas a territorio, usuarios captados y actividades desarrolladas fueron reportadas de manera periódica a la coordinadora del territorio, Miriam Stella Victoria, con el propósito de garantizar la trazabilidad de las intervenciones realizadas y dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por el equipo de salud. Este proceso permitió mantener un registro organizado y actualizado de las actividades, facilitando el seguimiento de los usuarios identificados en el territorio y asegurando la adecuada coordinación entre los integrantes del equipo 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:	**NUEVA EPS**									
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					

		Valor sin intereses de mora			
Periodo pagado	**Ingreso base de cotización – IBC**	**Aporte a salud**	**Aporte a pensión**	**Aporte a ARL (solo aplica para Nivel Riesgo I y II)**	**Número de Referencia de planilla (s)**
FEBRERO	$875,453	$109,500	$140,100	$ 21,400	4626050936
MARZO	$1,750,000	$ 218,900	$ 280,200	$42,700	4647181852
Totales	**N/A**	$ 328,400	$420,300	$64,100	**N/A**

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	848-837852-22	Banco:	BANCOLOMABIA	Tipo de cuenta	AHORROS
FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)					
CUENTA DE COBRO No. 1					
AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES					

Numero de registro presupuestal	Rubro	Valor
2026-0079		$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. 2026/029 DE 2026 certifico que el/la contratista VALENTINA PADILLA GARCIA 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 Dos Millones Ochocientos ochenta y seis mil cuatrocientos sesenta y ocho 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

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1112557316
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			VALENTINA PADILLA GARCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	GUACHALARA DE BUGA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	MZ/CASA/CRA CALLE PRINCIPAL NUMERO 317	TELÉFONO:	9898989
TIPO APORTANTE:	DEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por menor de computadoras, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	464382305		TIPO DE PLANILLA:		INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2026	
DÍAS DE MORA:	1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/12		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		99924004

TOTAL APORTES A PENSIONES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	INCAPACIDAD EG	LICENCIA MATERNIDAD	FSP		MORA	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN / FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
23-14	PS-14 COLPENSIONES	1	$ 140.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 100 / $ 0	$ 140.100	$ 100	$ 140.200
SUBTOTALES									$ 140.100	$ 100	$ 140.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR PMP/PAR/FMO		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
EPS037	EPS037 NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 108.500	$ 0	$ 100	$ 0	$ 108.500	$ 100	$ 0	$ 108.600
SUBTOTALES													$ 108.500	$ 100	$ 0	$ 108.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD EG		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
52-14	52-14 SURA	1		$ 0		$ 0	$ 71.227	$ 71.227	$ 0	$ 0	$ 71.227
SUBTOTALES								$ 71.227	$ 0	$ 0	$ 71.227

DATOS DE LA COTIZANTE | **NOVEDADES** | **LIQUIDACIÓN DE APORTES** | **SEGURIDAD SOCIAL** | **INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	EXTRANJERO EN COLOMBIA	PENSIONADO POR APORTES VOLUNTARIOS	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	PTT	ADMIN	SALUD	PENSIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	SALUD	IBC	COTIZACIÓN	VALOR APORTES	TOTAL APORTE	ADMIN	ARP	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBC	ADMIN	TOTAL APORTES	SENA	ICBF	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES
1	CC 1112557316	PADILLA GARCIA VALENTINA	DEPENDIENTE		$ 1.745.000	INTEGRAL				NO	19														05-14 COLPENSIONES	$ 875.455	$ 140.100	0 %	$ 0		$ 0	NUEVA EPS	$ 875.455	$ 108.500	$ 0	$ 108.500	14.25%	COLMENA	$ 875.455	11126974	$ 21.402	$ 0		$ 0	4.0	3.0	3.0	3.0	3.0

TOTAL PAGADO: $ 271.388

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1112389746
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			VALENTINA PADILLA GARCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	GUADALAJARA DE BUGA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	MEDIACANOA CALLE PRINCIPAL NUMERO 317	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadoras, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4647181852			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):	2026/03/13			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1110257067

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	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 | | | | | | | | | | | | | |

INFORME PARCIAL I
CONTRATO
2026-029 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 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, Valentina Padilla, identificado con cedula de ciudadanía No **1116157308** de Yotoco Valle del Cauca, en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No. **2026-029**, 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**
a. Diligenciar y actualizar la ficha de caracterización al individuo y las familias de la zona a intervenir	Durante el periodo correspondiente, se realizó un barrido en el territorio de Mediacanoa, específicamente en el sector Brisas del Boquerón, con el propósito de identificar usuarios nuevos y actualizar la información de las familias residentes en la zona. En el desarrollo de estas actividades, y en cumplimiento de mi rol como auxiliar de enfermería, participé en el diligenciamiento y actualización de las fichas de caracterización individual y familiar, recolectando información relevante sobre las condiciones biológicas, psicológicas y sociales de los usuarios.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 evidencia recorridos	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.	**ACTIVIDAD**
b. Brindar información en salud a las familias y el individuo de carácter individual o grupal	Durante las visitas realizadas en la comunidad del corregimiento de Mediacanoa, se desarrollaron actividades de educación y orientación en salud dirigidas tanto a familias como a individuos, de manera individual y grupal, con el propósito de fortalecer el conocimiento y promover prácticas de autocuidado.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	**ACTIVIDAD**
c. Notificar al médico cualquier evento de resolución inmediata.	Durante el desarrollo de las actividades en el territorio de Mediacanoa, se mantuvo observación permanente frente a la posible identificación de signos, síntomas o situaciones que requirieran atención o resolución inmediata por parte del médico. Sin embargo, durante el proceso de visitas y actividades realizadas con los usuarios y sus familias, no se

	registraron eventualidades, emergencias o condiciones de salud que ameritaran notificación inmediata al profesional médico.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	**ACTIVIDAD**
d. Orientar a la comunidad hacia los servicios sociales y de salud	Durante el periodo de intervención en la comunidad de Mediacanoa, se brindó orientación a los usuarios y sus familias sobre los servicios de salud y programas disponibles, con el fin de facilitar el acceso oportuno a la atención y fortalecer el uso adecuado de los recursos institucionales.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 visitas para toma de exámenes de laboratorio y educación en salud	

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	• Reunión entrega de dotación • Reunión socialización territorios • Taller comunicación asertiva • Socialización de formatos de uso diario • Asistencia técnica PAI • Reunión de líderes Mediacanoa • Reunión territorio • Validación de usuarios • Tamizajes
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 Reunión de equipo EBS para fortalecimiento en actividades propuestas	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	**ACTIVIDAD**
f. Realizar apoyo en las convocatorias a los procesos que realiza el EBS.	Durante el periodo de intervención en la comunidad de Mediacanoa, se brindó apoyo en las convocatorias y desarrollo de las actividades organizadas por los Equipos Básicos de Salud (EBS), con el fin de promover la participación de la comunidad en las diferentes jornadas y servicios ofertados.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 Evidencia: reuniones territoriales, actas y asistencias	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7.	**ACTIVIDAD**
a) Digitalizar, consolidar y archivar la información recolectada si aplica	Durante el desarrollo de las actividades en el territorio de Mediacanoa, se llevó a cabo el proceso de digitalización, consolidación y organización de la información recolectada durante las jornadas de caracterización y tamización realizadas en la comunidad. En el marco de mis funciones como auxiliar de enfermería, se realizó el diligenciamiento y registro en el sistema de las fichas de caracterización individual y familiar, garantizando que la información recolectada en campo quedara correctamente consignada en la plataforma institucional.
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	Durante el desarrollo de las actividades en el territorio de Mediacanoa, se realizó el reporte oportuno de las acciones ejecutadas y de cualquier novedad presentada en campo. En el marco de mis funciones como auxiliar de enfermería, todas las salidas a territorio, usuarios captados y actividades desarrolladas fueron reportadas de manera periódica a la coordinadora del territorio, Miriam Stella Victoria, con el propósito de garantizar la trazabilidad de las intervenciones realizadas y dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por el equipo de salud.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 Actas y asistencias	

Valentina Padilla García

VALENTINA PADILLA GARCIA

- CC: 111238746

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. **DSHY1224**

18764078397051

CUDS:dcbd1658067e67583bfefc1ce6deebb5faa971d790cc292c169bd893026f9d372291b5055ed8078c6913fad6e5d6b90e

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:	PADILLA GARCIA VALENTINA
Tipo Identificación:	NIT
NIT:	1112389746
Dirección:	MEDIACANOA
Teléfono:	3122580463
Ciudad:	YOTOCO
País:	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
20/03/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	20/04/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
20/03/2026 10:14:33	20/03/2026 10:14:45		

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 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 DE ENFERMERIA, PARA INTEGRAR LOS EQUIPOSBASICOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO 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:

Línea de negocio:
Fecha Generación Erp: 2026-03-20 10: 14:33 - Fecha Validación Dian: 2026-03-2010:14:45

© 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:
VALENTINA PADILLA GARCIA
CC 1112389746 de Yotoco

LA SUMA DE: EN LETRAS M/C ($tres millones de pesos)

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, 20 de marzo de 2026

Consignar cuenta Bancolombia, Número de cuenta: 848-837852-22

Firma: Valentina Padilla García
VALENTINA PADILLA GARCIA
C.C. 1112389746
Teléfono: 3122580463
Dirección: Mediacanoa
Correo: valenpgarcia@gmail.com
Código CIIU: 8692

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 $ 3,000,000

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		
Jacobo Padilla García		x			1112166064	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: Valentina Padilla García
VALENTINA PADILLA GARCIA
C.C. 1112389746
Teléfono: 3122580463
Dirección: Mediacanoa
Correo: valenpgarcia@gmail.com
Código CIIU: 8692

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	VALENTINA PADILLA GARCIA	**Estado Proceso**	Pendiente de Respuesta
Nº Proceso de Pago	54081410		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400049677		
Fecha de Creacion	24/03/2026	**Fecha de Pago**	24/03/2026 11:26
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
1112389746	VALENTINA PADILLA GARCIA	0000008903091156	Ahorros	84883785222	BANCOLOMBIA	$ 2.970.000,00	Pendiente de Respuesta	