ACTA DE SUPERVISION No. 02 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 16 MARZO AL 17 DE ABRIL DE 2026 FECHA DEL INFORME: 23/04/2026							
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.	66,66 %						
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	66,66 %						
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						

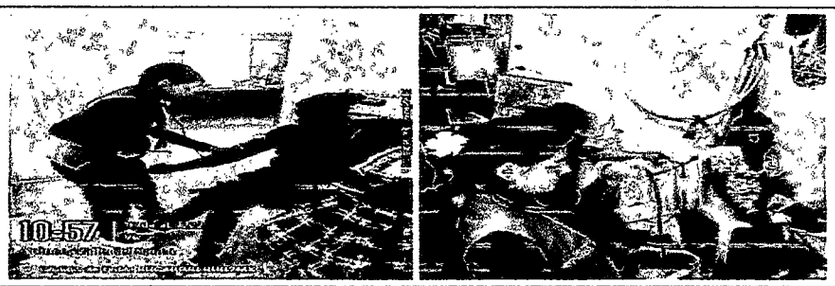
1. **OBLIGACIONES O ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO Y QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO O COVENIO Teniendo en cuenta la naturaleza y tipo de contrato o convenio de conformidad con lo establecido en la cláusula No _6_ Literal B se presenta el informe correspondiente.**

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 desarrollo de estas actividades, y en cumplimiento de mi rol como auxiliar de enfermería, participé activamente en el diligenciamiento y actualización de las fichas de caracterización individual y familiar. Mi labor consistió en recolectar información esencial sobre las condiciones biológicas, psicológicas y sociales de los usuarios. Este proceso fue fundamental para identificar factores de riesgo, detectar necesidades específicas en salud y comprender las dinámicas del entorno familiar. Adicionalmente, a través de la elaboración de familiogramas, se identificaron usuarios que requerían atención psicológica especializada y que, por lo tanto, podían ser objeto de intervención. Estas acciones se llevaron a cabo durante el periodo comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril, en el marco de las actividades de caracterización, promoción de la salud, captación de pacientes y apoyo a los procesos del equipo básico de salud.

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 jornadas de caracterización y en las agendas médicas del 27 de marzo y 17 de abril, se impartieron charlas preventivas tanto a pacientes como a sus familias. Estas sesiones estuvieron enfocadas en la promoción y prevención de la salud, abordando temas relevantes de manera individual y grupal.


3) Notificar al médico cualquier evento de resolución inmediata.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En el desarrollo de las actividades de campo, especialmente durante la captación de pacientes en calle, escuelas y visitas domiciliarias, se identificaron casos que requerían atención prioritaria, como (hipertensión, uroanálisis, treponémica) y tambien visita domiciliaria a una adulta mayor de 89 años de edad; los cuales fueron informados oportunamente al médico para su manejo inmediato.


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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante la validación y agendamiento de pacientes (19 y 20 de marzo), así como en las jornadas posteriores, se orientó a la comunidad sobre el acceso a servicios de salud, incluyendo la toma de muestras de laboratorio (parcial de orina y coprológicos) y la asignación de citas médicas.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS


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

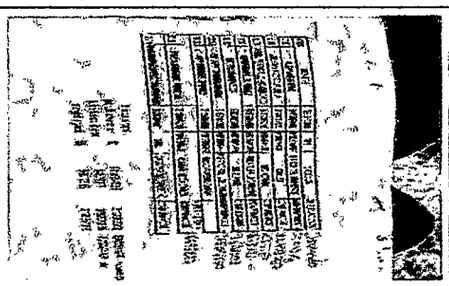
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo de mis funciones, la colaboración y la organización fueron pilares fundamentales. Participé activamente en diversas reuniones de equipo, esenciales para la planificación estratégica y la gestión eficiente de nuestras tareas. Estas sesiones nos permitieron no solo organizar los pendientes y priorizar las actividades de la semana, sino también validar la información de los pacientes para asegurar una atención precisa y personalizada. La planificación conjunta de actividades garantizó que nuestros esfuerzos estuvieran alineados con los objetivos generales del equipo y del programa. Tambien recibo capacitación sobre riesgo laboral. Esta formación me proporcionó herramientas y conocimientos vitales para identificar, evaluar y mitigar los riesgos inherentes a nuestro entorno de trabajo, promoviendo así un ambiente laboral más seguro y saludable para todos. Además, el 14 de abril se llevó a cabo una reunión estratégica con los líderes del equipo. Este encuentro fue particularmente valioso, ya que nos permitió fortalecer el trabajo articulado, revisar avances, discutir desafíos y definir líneas de acción conjuntas.


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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo en conformidad y en mis funciones como auxiliar de enfermería del territorio de Mediacanoa se realiza apoyó a la captación de pacientes mediante convocatorias en diferentes espacios como calles, instituciones educativas y comunidad en general, promoviendo la participación en las actividades de salud programadas.

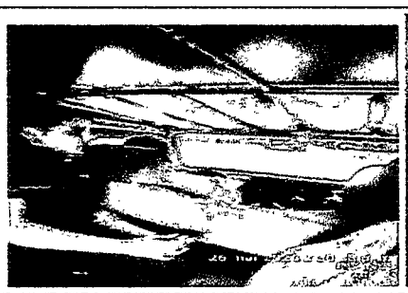
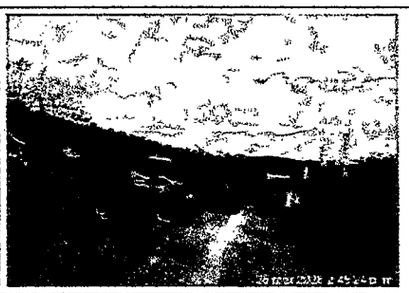

7) Digitalizar, consolidar y archivar la información recolectada si aplica

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante las jornadas de validación, caracterización y tamizaje (15 de abril), se diligenció y consolidó la información recolectada, asegurando además que los laboratorios quedaran correctamente facturados. Para lograr una mejor trazabilidad en las actividades y obtener los resultados a tiempo para las consultas medicas.




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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se mantuvo comunicación constante con la jefe del territorio Miriam Stella Victoria, reportando novedades e incidencias presentadas durante las actividades, así como el estado y entrega de insumos, incluyendo los recipientes para recolección de muestras entregados el 14 de abril.

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						

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

ABRIL	$1,750,000	$ 218,900	$ 280,200	$42,700	4647225051
Totales	**N/A**	$ 547,300	$ 700,500	$ 106,800	**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. 2					
AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES					
Número 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	$3,000,000
Valor a pagar	$3,000,000
SALDO	$3,000,000

2) **VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO
En mi calidad de supervisora del contrato No. 2026/029 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, asi como en los tiempos establecidos para el desarrollo de cada una de ellas.
Conforme a lo verificado, el contratista cumplió con las obligaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la Ley 789 de 2002 modificada por la Ley 828 de 2003 y de ARP según la ley 1562 de 2012.
Se autoriza el pago por la suma de TRES MILLONES DE PESOS M/CTE, ($3,000,000).

Yani Lorena Robles Ramírez
Supervisora de contrato
Sub-directora Científica

Proyectó y Elaboro: Yani Lorena Robles Ramírez - Supervisora
Revisó: Alejandro zapata Ortiz – especialista en Contratación – contratista
Aprobó: Vivian Lorena Marulanda - Gerente

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Soi

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1112537218
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			VALENTINA PAOLA LA GARCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDÓ/LLANOS DE SUGA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	MEDIANCANCHA CR 1 F PRINCIPAL NUMERO 217	TELEFONO:	6280000
TIPO APORTANTE:	EMPLEADOR/CAT.	CLASE APORTANTE:	A
TIPO PLANILLA:	TRÁMITE	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	464722851	TIPO DE PLANILLA:					
PERIODO COTIZACIÓN PENSIONES:	MES 2025 AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES 2025 AÑO 2025				
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	20250829	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VR COR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VR COR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VR COR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR APORTES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR APORTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES OTROS CONCEPTOS	TOTALES VR COR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000
SUBTOTAL (25)		1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VR COR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VR COR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VR COR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR APORTES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR APORTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES OTROS CONCEPTOS	TOTALES VR COR PAGADO
EPS037	EPS037 SALUD VIVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 216.900	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 216.900
SUBTOTAL (EPS)		1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 216.900	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 216.900	$ 0	$ 0	$ 216.900

Planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VR COR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VR COR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES OTROS CONCEPTOS	TOTALES VR COR PAGADO
A43A	43-ARL SURA	1		$ 0		$ 0	$ 43.700	$ 43.700	$ 0	$ 0	$ 43.700
SUBTOTAL (A)		1		$ 0		$ 0	$ 43.700	$ 43.700	$ 0	$ 0	$ 43.700

DETALLE DE LIQUIDACIÓN

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES					
Nº	CONTRIBUCIÓN	NÚMERO	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO	COLOMBIA TRABAJO EXTERIOR	PENSIONADO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	ESC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS CAIS	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	RETENCIÓN RENTA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	ESC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	ESC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ESC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	1112537218	VALENTINA PAOLA LA GARCIA	CC	00	$ 1.750.905				NO																25-14 COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 200.000	16						$ 200.000	25-ARL SURA RIESGOS LABORALES	$ 1.750.905	$ 216.900	16	$ 216.900	43-ARL SURA	$ 1.750.905	111 LLANOS DE SUGA	$ 43.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada

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

Doctora:

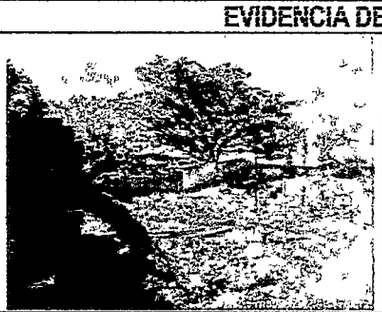
YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ

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

REFERENCIA: PRESENTACIÓN INFORME

Cordial saludo.

Yo, 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 II 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	El 18 de marzo se realizó la caracterización de la población, actividad que se retomó los días 6, 7 y 8 de abril, donde se continuó con la actualización de la información de individuos y familias en las zonas intervenidas. Este proceso permitió identificar condiciones de salud y necesidades prioritarias
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.	**ACTIVIDAD**
b. Brindar información en salud a las familias y el individuo de carácter individual o grupal	Durante las jornadas de caracterización y en las agendas médicas del 27 de marzo y 17 de abril, se desarrollaron charlas preventivas dirigidas a pacientes y familias, abordando temas de promoción y prevención en salud de manera individual y grupal.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	**ACTIVIDAD**
c. Notificar al médico cualquier evento de resolución inmediata.	En el desarrollo de las actividades de campo, especialmente durante la captación de pacientes en calle, escuelas y visitas domiciliarias, se identificaron casos que requerían atención prioritaria, los cuales fueron informados oportunamente al médico para su manejo inmediato.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	




OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	ACTIVIDAD
d. Orientar a la comunidad hacia los servicios sociales y de salud	Durante la validación y agendamiento de pacientes (19 y 20 de marzo), así como en las jornadas posteriores, se orientó a la comunidad sobre el acceso a servicios de salud, incluyendo la toma de muestras de laboratorio (parcial de orina y coprológicos) y la asignación de citas médicas.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



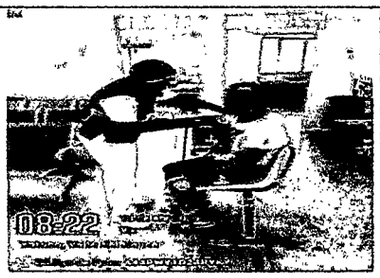

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 5.	ACTIVIDAD
e. Participar activamente de los procesos de inducción y re inducción; las reuniones del equipo de trabajo y programación de estrategias y actividades	Se participó en reuniones de equipo para la organización de pendientes, validación de pacientes y planificación de actividades. Además, se recibió capacitación sobre riesgo laboral y se realizó reunión con líderes el 14 de abril, fortaleciendo el trabajo articulado.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD




OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	ACTIVIDAD
f. Realizar apoyo en las convocatorias a los procesos que realiza el EBS.	Se apoyó la captación de pacientes mediante convocatorias en diferentes espacios como calles, instituciones educativas y comunidad en general, promoviendo la participación en las actividades de salud programadas.

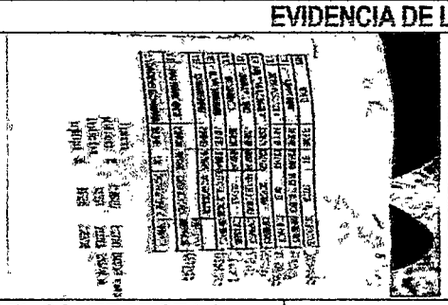
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD





OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7.	ACTIVIDAD
a) Digitalizar, consolidar y archivar la información recolectada si aplica	Durante las jornadas de validación, caracterización y tamizaje (15 de abril), se diligenció y consolidó la información recolectada, asegurando además que los laboratorios quedaran correctamente facturados.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD




OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 8.	ACTIVIDAD
h) Notificar al coordinador las incidencias que se presenten en el desarrollo de la labor, así como también sus herramientas de trabajo	Se mantuvo comunicación constante con el coordinador, reportando novedades e incidencias presentadas durante las actividades, así como el estado y entrega de insumos, incluyendo los recipientes para recolección de muestras entregados el 14 de abril.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD




Valentina Padilla Garcia.

VALENTINA PADILLA GARCIA

- CC: 1112389746

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. **DSHY1322**

18764078397051

CUDS:5f68f683779fa9906f0dedfac89ba5451e7d6cba14c41fa72241d2c24ed1b88703a938eb11310c125dec53022a88cb13

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	PADILLA GARCIA VALENTINA
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	1112389746
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	MEDIACANOA
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3122580463
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 09:01:00	23/04/2026 09:01:12		

ITEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA EL APOYO ADMINISTRATIVO Y DE SISTEMAS, EN MARCO DE LA EJECUCION DE PROYECTO DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD, DEL MUNICIPIO DE YOTOCO, VALLE DEL CAUCA, DEL HOSPITAL LOCALDEL MUNICIPIO DE YOTOCO ESE DURANTE EL MES DE MARZO-ABRIL	1	UNIDAD	$3,000,000	$3,000,000

TOTAL ÍTEMS: 1

VALORES EN LETRA: TRES MILLONES PESOS

OBSERVACIONES:
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA EL APOYO ADMINISTRATIVO Y DE SISTEMAS, EN MARCO DE LA EJECUCION DE PROYECTO DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD, DEL MUNICIPIO DE YOTOCO, VALLE DEL CAUCA, DEL HOSPITAL LOCALDEL MUNICIPIO DE YOTOCO ESE 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 09: 01:00 - Fecha Validación Dian: 2026-04-2309:01:12
© 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, 23 de abril de 2026

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

Firma: Valentina Padilla Garcia
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			1112166054	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 Garcia

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	54338418		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400049677		
Fecha de Creacion	23/04/2026	**Fecha de Pago**	23/04/2026 17:45
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 PDILLA GARCIA	0000008903091156	Ahorros	84883785222	BANCOLOMBIA	$ 2.970.000,00	Pendiente de Respuesta	