ACTA DE SUPERVISION No. 01 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 17 DE FEBRERO AL 16 DE MAYO DE 2026 FECHA DEL INFORME:25/03/2026							
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO							
No. Contrato o convenio:	2026.037						
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:	20260087						
Fecha Inicio:	17/02/2026						
Fecha Terminación:	1605/2026						
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.	33.33%						
Nombre del contratista:	Danilo Andrés Polanco Muñoz						
CC / Nit:	C.C. No. 1.115.091.555						
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.

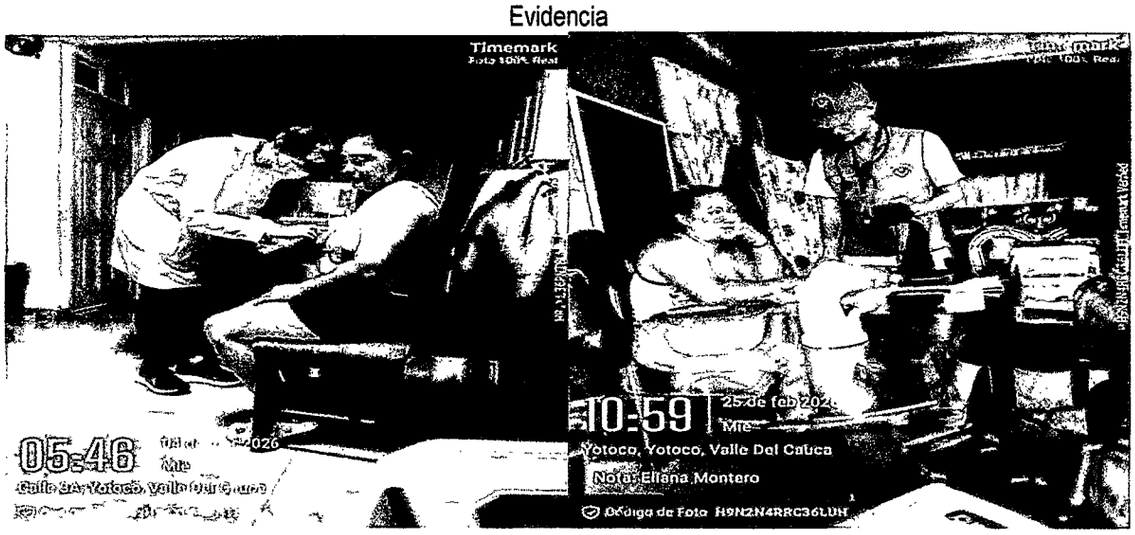
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Realizo reconocimiento del territorio de las comunidades de Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho mediante recorridos y acercamiento comunitario desde el Equipo Básico en Salud, con el fin de identificar y captar la población faltante por caracterizar, fortaleciendo la cobertura y el conocimiento de la dinámica social del

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
área de intervención
Evidencia: 

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

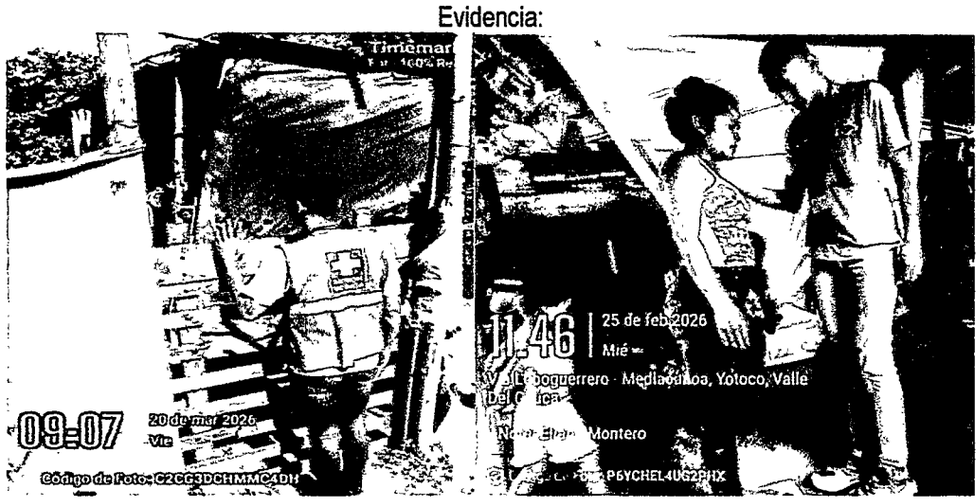
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Desarrollo acciones de educación para la salud dirigidas a individuos y familias de las comunidades de Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho, desde el Equipo Básico en Salud, mediante intervenciones informativas realizadas en cada domicilio, orientadas a fortalecer capacidades en promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el territorio intervenido.
Evidencia 

3) Notificar al médico cualquier evento de resolución inmediata.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Garantizar la identificación y notificación oportuna al médico de eventos que requieran resolución inmediata en individuos de las comunidades de Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho, desde el Equipo Básico en Salud, en el marco de jornadas médicas programadas mediante agenda en el puesto de salud de Media Canoa, la cual se realiza previamente al tamizaje y a la solicitud de exámenes de laboratorio según la necesidad del paciente, con el fin de asegurar la atención oportuna y la continuidad del cuidado en el territorio
Evidencia 

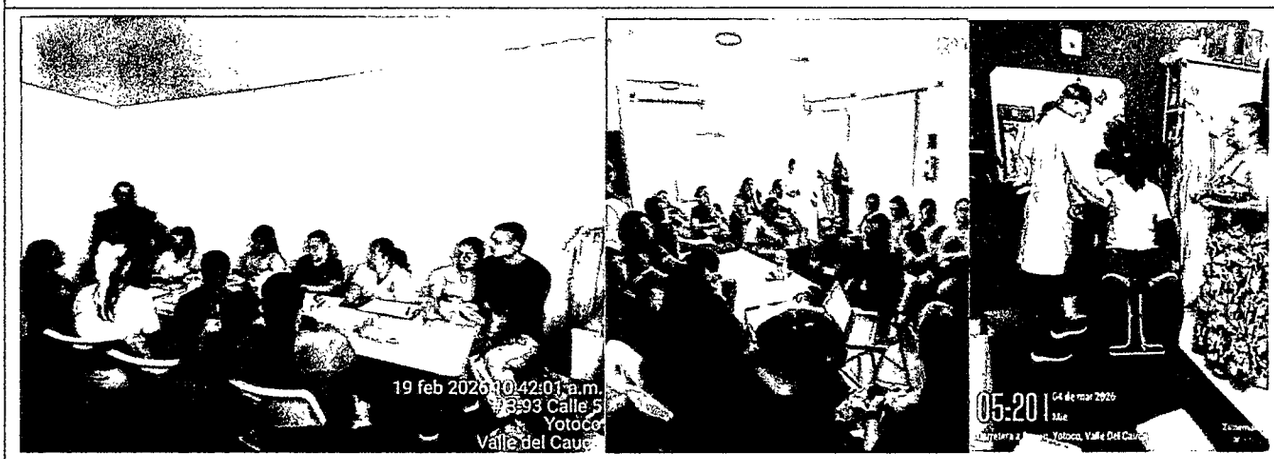
4) Orientar a la comunidad hacia los servicios sociales y de salud

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Orientar a individuos y familias de las comunidades de Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho hacia el acceso a servicios sociales y de salud, mediante visitas domiciliarias realizadas por el Equipo Básico en Salud, con el fin de facilitar la gestión oportuna de atenciones y fortalecer el uso adecuado de la oferta institucional en el territorio.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
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
Participar de manera activa en los procesos de inducción, reinducción, reuniones de equipo y actividades de socialización y capacitación, con el fin de garantizar la correcta implementación de estrategias y la adecuada ejecución de actividades técnicas y de seguimiento en los territorios. • 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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS


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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Brindar apoyo en la organización y ejecución de convocatorias de los procesos del EBS, mediante visitas a la poblacjon de media canoa, los chorros los planes y el chocho en la programación de actividades desde el puesto de salud de Mediacanoa, asegurando la participación efectiva de la comunidad y el cumplimiento adecuado de los procesos. Evidencia 

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Digitalizar, consolidar y archivar la información recolectada, garantizando la correcta validación de los pacientes en el sistema, con el fin de mantener un registro ordenado, confiable y actualizado que facilite la gestión, el seguimiento de procesos y la toma de decisiones basadas en datos precisos.
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
Notificar oportunamente a la coordinadora (Jefe Miriam) sobre las incidencias y novedades presentadas en el desarrollo de la labor, incluyendo situaciones observadas en los territorios de Mediacanoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho, así como cualquier requerimiento relacionado con las herramientas de trabajo, con el fin de garantizar una gestión eficaz y el seguimiento adecuado de las actividades.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
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**		**I**	**II**	**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	875.000	109.500	140.100	21.400	4648265235
MARZO	1.750.000	218.900	280.200	42.700	4643396481
Totales					**N/A**

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	**188477954**	Banco:	Banco de Bogota	Tipo de cuenta	AHORROS
FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)					
CUENTA DE COBRO No. 1					
AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES					
Número de registro presupuestal		**Rubro**		**Valor**	
20260087				$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. 2026-037 DE 2026 certifico que el/la contratista DANILO ANDRES POLANCO MUÑOZ 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

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. 2026-037 DE 2026 certifico que el/la contratista DANILO ANDRES POLANCO MUÑOZ 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.
M/CTE,($2.886.468).

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

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1115091555
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			DANILO ANDRES POLANCO MUNOZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	GUADALAJARA DE BUGA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CRR 17 # 22A-22	TELÉFONO:	8653542
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Corretaje de valores y de contratos de productos
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EDONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4643396481	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		12			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9006103104

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 140.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 140.100	$ 1.100	$ 141.200
SUBTOTALES: 1										$ 140.100	$ 1.100	$ 141.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS018	EPS018-S.O.S.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.500	$ 0	$ 900	$ 0	$ 109.500	$ 900	$ 0	$ 110.400
SUBTOTALES: 1													$ 109.500	$ 900	$ 0	$ 110.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.400	$ 21.400	$ 200	$ 0	$ 21.600
SUBTOTALES: 1									$ 21.400	$ 200	$ 0	$ 21.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES					
																										PENSIÓN									SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO/EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	DOM	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS EST.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1115091555	DANILO ANDRES MUNOZ	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905			NO	16																230301-PORVENIR	15	$ 675.453	$ 140.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.100	EPS018-S.O.S.	15	$ 675.453	$ 109.500	$ 0	$ 109.500	14-25-COLMENA	15	$ 675.453	111609155	$ 21.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 273.200

Planilla Pagada

INFORME PARCIAL 1
CONTRATO
2026-037 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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116091555
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			DANILO ANDRES POLANCO MUNOZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	GUADALAJARA DE BUGA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CRR 17 # 22A-22	TELÉFONO:	8663542
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-NDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Corretaje de valores y de contratos de productos
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4648265235	TIPO DE PLANILLA:	I-NDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/03/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	90986186407

TOTAL APORTES A PENSIÓN

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

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FÁVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS018	EPS018-S.O.S.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:	1												$ 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:	1								$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

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

Cordial saludo.

Yo, Danilo Andres Polanco Muñoz, identificado con cedula de ciudadanía No **1115091555** de Buga Valle del Cauca, en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No. **2026.037**, 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**
a. Diligenciar y actualizar la ficha de caracterización al individuo y las familias de la zona a intervenir	Realizo reconocimiento del territorio de las comunidades de Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho mediante recorridos y acercamiento comunitario desde el Equipo Básico en Salud, con el fin de identificar y captar la población faltante por caracterizar, fortaleciendo la cobertura y el conocimiento de la dinámica social del área de intervención .
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	Desarrollo acciones de educación para la salud dirigidas a individuos y familias de las comunidades de Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho, desde el Equipo Básico en Salud, mediante intervenciones informativas realizadas en cada domicilio, orientadas a fortalecer capacidades en promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el territorio intervenido.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	ACTIVIDAD
c. Notificar al médico cualquier evento de resolución inmediata.	Garantizar la identificación y notificación oportuna al médico de eventos que requieran resolución inmediata en individuos de las comunidades de Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho, desde el Equipo Básico en Salud, en el marco de jornadas médicas programadas mediante agenda en el puesto de salud de Media Canoa, la cual se realiza previamente al tamizaje y a la solicitud de exámenes de laboratorio según la necesidad del paciente, con el fin de asegurar la atención oportuna y la continuidad del cuidado en el territorio

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	ACTIVIDAD
d. Orientar a la comunidad hacia los servicios sociales y de salud	Orientar a individuos y familias de las comunidades de Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho hacia el acceso a servicios sociales y de salud, mediante visitas domiciliarias realizadas por el Equipo Básico en Salud, con el fin de facilitar la gestión oportuna de atenciones y fortalecer el uso adecuado de la oferta institucional en el territorio.

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	Participar de manera activa en los procesos de inducción, reinducción, reuniones de equipo y actividades de socialización y capacitación, con el fin de garantizar la correcta implementación de estrategias y la adecuada ejecución de actividades técnicas y de seguimiento en los territorios. • 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



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	ACTIVIDAD
f. Realizar apoyo en las convocatorias a los procesos que realiza el EBS.	Brindar apoyo en la organización y ejecución de convocatorias de los procesos del EBS, mediante visitas a la poblacjon de media canoa, los chorros los planes y el chocho en la programación de actividades desde el puesto de salud de Mediacanoa, asegurando la participación efectiva de la comunidad y el cumplimiento adecuado de los procesos.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7.	ACTIVIDAD
a) Digitalizar, consolidar y archivar la información recolectada si aplica	Digitalizar, consolidar y archivar la información recolectada, garantizando la correcta validación de los pacientes en el sistema, con el fin de mantener un registro ordenado, confiable y actualizado que facilite la gestión, el seguimiento de procesos y la toma de decisiones basadas en datos precisos.

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	Notificar oportunamente a la coordinadora (Jefe Miriam) sobre las incidencias y novedades presentadas en el desarrollo de la labor, incluyendo situaciones observadas en los territorios de Mediacanoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho, así como cualquier requerimiento relacionado con las herramientas de trabajo, con el fin de garantizar una gestión eficaz y el seguimiento adecuado de las actividades.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



DANILO ANDRES POLANCO MUÑOZ
CC: 1115091555
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: **DSHY1244**

18764078397051

CUDS:724e78d738b155a2f86b6e1073731e16e1c00e8a0fc9f2b90e4f1d92645fdf2c6b9517f09f3f184ca5514a0d04f9a9d9

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	POLANCO MUÑOZ DANILO ANDRES
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	1115091555
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	CR 17 22A 22
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3012441047
Ciudad:	YOTOCO	**Ciudad:**	BUGA
País:	Colombia	**País:**	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
25/03/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	25/04/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
25/03/2026 04:08:42	25/03/2026 04:08:54		

ITEM	CODIGO	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 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 VALLE DEL CAUCA DURANTE EL MES DE FEBRERO - MARZO

SUBTOTAL	$3,000,000.00
TOTAL RETENCIONES	$0.00
TOTAL	$3,000,000.00

Fecha de recibido:
Nombre:
Identificación:
Firma:

RECIBIDO CONFORME FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: BTW S.A.S. NIT 900665411 - INFORMACIÓN FACTURACIÓN ERP:

Linea de negocio:
Fecha Generación Erp: 2026-03-25 04: 08:42 - Fecha Validación Dian: 2026-03-2504:08:54

© 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:
CC 1.115.091.555 de Buga valle

LA SUMA DE: Tres Millones De Pesos M/C ($3.000.000)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como auxiliar de enfermería, para integrar los equipos básicos de salud, en el municipio de Yotoco Valle Del Cauca.

OBJETO:

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

Yotoco, 25 de Marzo de 2026

Consignar cuenta de ahorros Banco de Bogotá, Número de cuenta: 188477954

Firma: _____

C.C. 1.115.091.555
Teléfono: 3012441047
Dirección: Calle 10 sur 13-110 la julia
Correo: danilopolanco3098@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).

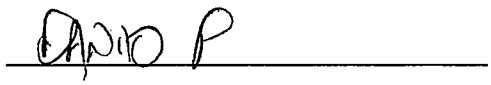
Si aplica dependencia económica:

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		

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: 

C.C. 1.115.091.555
Teléfono: 3012441047
Dirección: Calle 10 sur 13-110 la julia
Correo: danilopolanco3098@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	DANILO ANDRES POLANCO MUÑOZ	**Estado Proceso**	Pendiente de Respuesta
Nº Proceso de Pago	54105196		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400049677		
Fecha de Creacion	26/03/2026	**Fecha de Pago**	26/03/2026 14:32
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
1115091555	DANILO ANDRES POLANCO MUÑOZ	0000008903091156	Ahorros	188477954	BOGOTA	$ 2.970.000,00	Pendiente de Respuesta	