ACTA DE SUPERVISION No. 03 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 17 DE FEBRERO AL 16 DE MAYO DE 2026 FECHA DEL INFORME:26/05/2026						
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.	100%					
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	100%					
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
Durante el mes de mayo realicé actividades de captación activa dirigidas a población de primera infancia, infancia y adolescencia en las comunidades de Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho, mediante recorridos territoriales y acercamiento comunitario desde el Equipo Básico en Salud, con el propósito de identificar usuarios para seguimiento,

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
tamizajes y valoración oportuna, fortaleciendo la detección temprana de riesgos y la atención integral en salud .Evidencia  

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

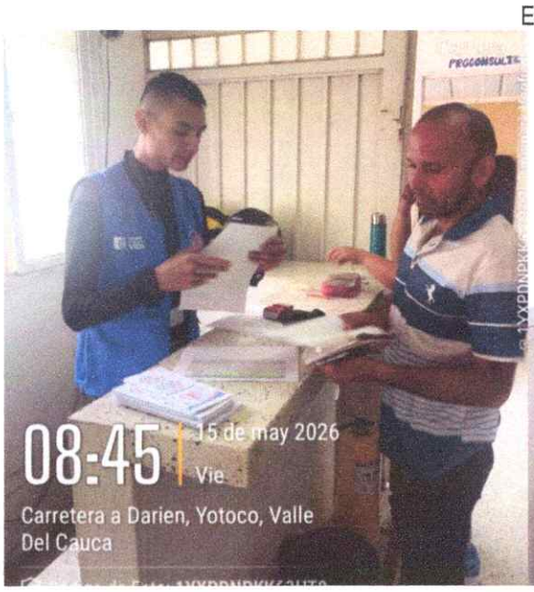
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el mes de mayo desarrollé acciones de educación para la salud dirigidas a individuos y familias de las comunidades de Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho, mediante la entrega y socialización de historias clínicas durante jornadas médicas y espacios de orientación en el puesto de salud de Media Canoa, con el propósito de fortalecer el conocimiento sobre el estado de salud, promover prácticas de autocuidado y favorecer la adherencia a las recomendaciones médicas y actividades de promoción y prevención.
Evidencia

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS


3) Notificar al médico cualquier evento de resolución inmediata.

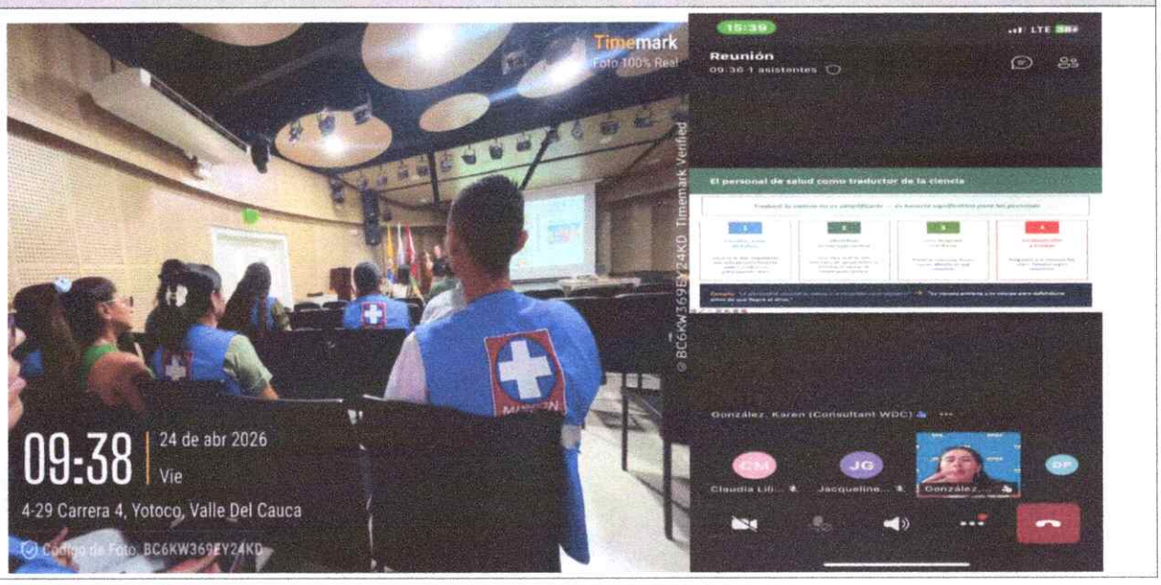
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el mes de mayo apoyé las jornadas médicas realizadas en el puesto de salud de Media Canoa mediante la toma de signos vitales y la entrega oportuna de reportes de laboratorio al médico de turno, contribuyendo a la identificación de riesgos y al fortalecimiento de la atención integral y continua de los usuarios.
Evidencia


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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el mes de mayo realicé orientación a individuos y familias de las comunidades de Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho acerca de las rutas de acceso a los servicios de salud y apoyo social, mediante visitas domiciliarias desarrolladas desde el Equipo Básico en Salud, favoreciendo el acceso oportuno a la atención y el fortalecimiento del vínculo entre la comunidad y la red de servicios disponibles.
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
Participé activamente en las reuniones de actualización del esquema PAI y en los espacios de articulación con líderes comunitarios de Medicamos, apoyando el desarrollo de actividades operativas, el seguimiento de compromisos y el fortalecimiento de los procesos institucionales y comunitarios.
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
Apoyo la gestión del EBS en la planeación y ejecución de convocatorias comunitarias en Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho, promoviendo la participación activa de la comunidad y el cumplimiento de las actividades programadas desde el puesto de salud de Media Canoa. Realizo además acciones de promoción en primera infancia orientadas al cuidado y educación en salud. Complementariamente, efectúo el agendamiento y ampliación de citas para jornadas médicas mediante llamadas telefónicas, facilitando la organización de la atención y aumentando la asistencia de los usuarios.
Evidencia

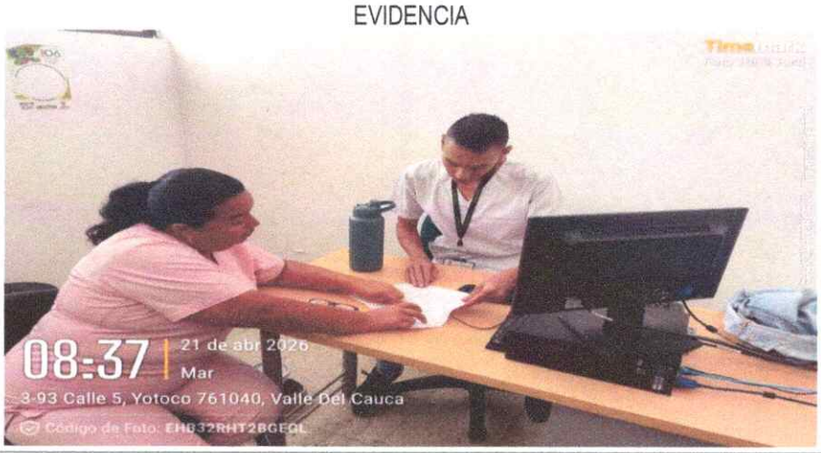
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
 

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Realizo la organización, registro y validación digital de la información clínica recolectada en el sistema de información en salud, garantizando la calidad, coherencia y actualización de los datos de los pacientes. En este proceso se incluyen registros antropométricos como peso, talla e índice de masa corporal (IMC) en todas las edades, desde la primera infancia hasta la adultez, lo que permite un seguimiento integral del estado nutricional y de salud de la población. Esta actividad contribuye a la continuidad de la atención, al control oportuno de los pacientes y a la toma de decisiones clínicas basadas en información confiable y verificada.
EVIDENCIA

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
 

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
Reporté de forma puntual a la coordinadora (Jefe Miriam) las novedades e incidencias detectadas durante la ejecución de las actividades, incluyendo los eventos identificados en los territorios de Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho. De igual manera, comuniqué las necesidades relacionadas con insumos y herramientas de trabajo, con el fin de garantizar una adecuada administración operativa y un seguimiento eficiente de los procesos desarrollados.
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** **I** **I**	**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
ABRIL	1.750.000	218.000	280.000	42.700	4648296637
MAYO	1.750.000	218.000	280.000	42.700	4653899374
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. 3					
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		$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. 2026-037 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 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

INFORME FINAL
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

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 final de las actividades desarrolladas de acuerdo con las obligaciones señaladas en el contrato, de la siguiente manera:

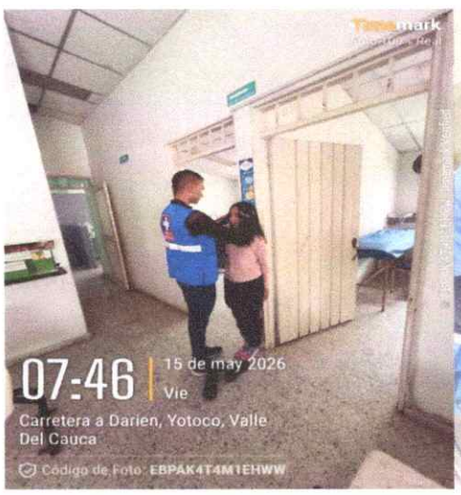
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 1.	**ACTIVIDAD**
a. Diligenciar y actualizar la ficha de caracterización al individuo y las familias de la zona a intervenir	Durante el mes de mayo realicé actividades de captación activa dirigidas a población de primera infancia, infancia y adolescencia en las comunidades de Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho, mediante recorridos territoriales y acercamiento comunitario desde el Equipo Básico en Salud, con el propósito de identificar usuarios para seguimiento, tamizajes y valoración oportuna, fortaleciendo la detección temprana de riesgos y la atención integral en salud.
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 el mes de mayo desarrollé acciones de educación para la salud dirigidas a individuos y familias de las comunidades de Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho, mediante la entrega y socialización de historias clínicas durante jornadas médicas y espacios de orientación en el puesto de salud de Media Canoa, con el propósito de fortalecer el conocimiento sobre el estado de salud, promover prácticas de autocuidado y favorecer la adherencia a las recomendaciones médicas y actividades de promoción y prevención.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	

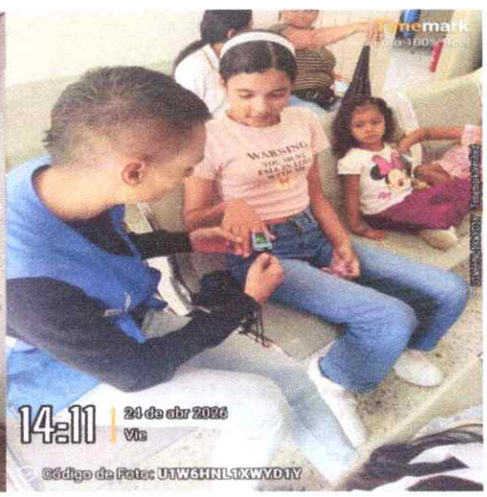




OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	ACTIVIDAD
c. Notificar al médico cualquier evento de resolución inmediata.	Durante el mes de mayo apoyé las jornadas médicas realizadas en el puesto de salud de Media Canoa mediante la toma de signos vitales y la entrega oportuna de reportes de laboratorio al médico de turno, contribuyendo a la identificación de riesgos y al fortalecimiento de la atención integral y continua de los usuarios.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD





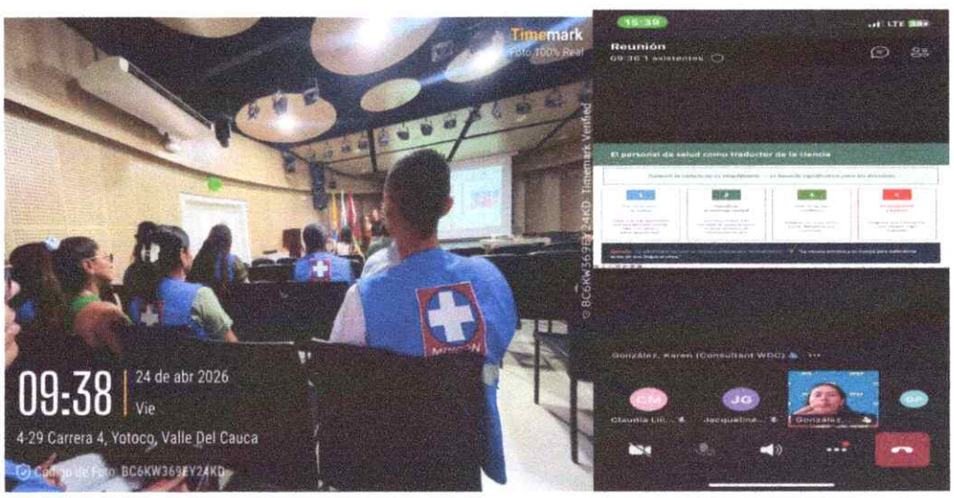
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	ACTIVIDAD
d. Orientar a la comunidad hacia los servicios sociales y de salud	Durante el mes de mayo realicé orientación a individuos y familias de las comunidades de Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho acerca de las rutas de acceso a los servicios de salud y apoyo social, mediante visitas domiciliarias desarrolladas desde el Equipo Básico en Salud, favoreciendo el acceso oportuno a la atención y el fortalecimiento del vínculo entre la comunidad y la red de servicios disponibles.

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	Participé activamente en las reuniones de actualización del esquema PAI y en los espacios de articulación con líderes comunitarios de Medicamos, apoyando el desarrollo de actividades operativas, el seguimiento de compromisos y el fortalecimiento de los procesos institucionales y comunitarios.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

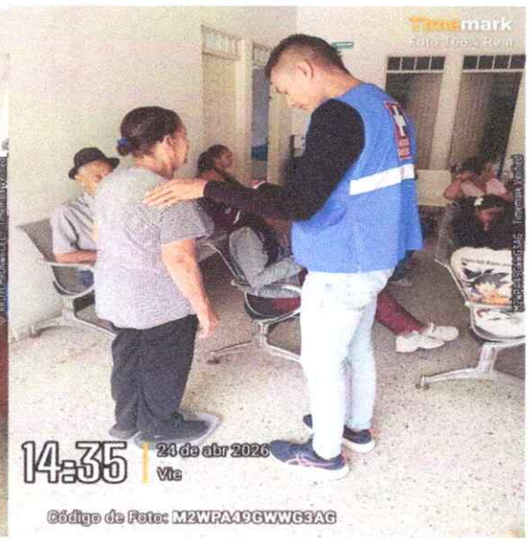


OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	ACTIVIDAD
f. Realizar apoyo en las convocatorias a los procesos que realiza el EBS.	Apoyo la gestión del EBS en la planeación y ejecución de convocatorias comunitarias en Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho, promoviendo la participación activa de la comunidad y el cumplimiento de las actividades programadas desde el puesto de salud de Media Canoa. Realizo además acciones de promoción en primera infancia orientadas al cuidado y educación en salud. Complementariamente, efectúo el agendamiento y ampliación de citas para jornadas médicas

	mediante llamadas telefónicas, facilitando la organización de la atención y aumentando la asistencia de los usuarios.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD





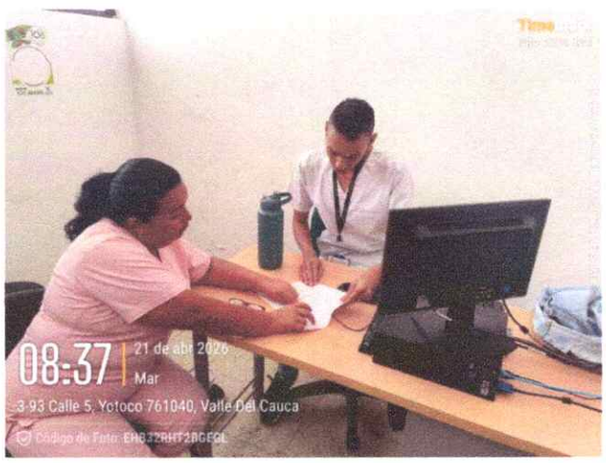
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7.	ACTIVIDAD
a) Digitalizar, consolidar y archivar la información recolectada si aplica	Realizo la organización, registro y validación digital de la información clínica recolectada en el sistema de información en salud, garantizando la calidad, coherencia y actualización de los datos de los pacientes. En este proceso se incluyen registros antropométricos como peso, talla e índice de masa corporal (IMC) en todas las edades, desde la primera infancia hasta la adultez, lo que permite un seguimiento integral del estado nutricional y de salud de la población. Esta actividad contribuye a la continuidad de la atención, al control oportuno de los pacientes y a la toma de decisiones clínicas basadas en información confiable y verificada.

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	Reporté de forma puntual a la coordinadora (Jefe Miriam) las novedades e incidencias detectadas durante la ejecución de las actividades, incluyendo los eventos identificados en los territorios de Media Canoa, Los Chorros, Los Planes y El Chocho. De igual manera, comuniqué las necesidades relacionadas con insumos y herramientas de trabajo, con el fin de garantizar una adecuada administración operativa y un seguimiento eficiente de los procesos desarrollados.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	

DANILO ANDRES POLANCO MUÑOZ
CC: 1115091555
Contratista

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1115091555
NOMBRE Ó 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-INDEPENDIENTE
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:		4653899374	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/05/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996902007

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	$ 158.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 158.800	$ 0	$ 158.800
SUBTOTALES:										**$ 158.800**	**$ 0**	**$ 158.800**

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	$ 124.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 124.100	$ 0	$ 0	$ 124.100
SUBTOTALES:													**$ 124.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 124.100**

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	$ 24.200	$ 24.200	$ 0	$ 0	$ 24.200
SUBTOTALES:									**$ 24.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 24.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 1115091555	POLANCO MUNOZ DANILO ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO		17															230301-PORVENIR	17	$ 992.180	$ 158.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 158.800	EPS018-S.O.S.	17	$ 992.180	$ 124.100	$ 0	$ 124.100	14-25-COLMENA	17	$ 992.180	111509155	$ 24.200		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 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. **DSHY1374**

18764078397051

CUDS:b3a32289b3516064f977b47f7973a7e3c476751f314546b54112dbd8c706b8b48c7567eecba54fffc0d6e78dd099ee5d

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:	POLANCO MUÑOZ DANILO ANDRES
Tipo Identificación:	NIT
NIT:	1115091555
Dirección:	CR 17 22A 22
Teléfono:	3012441047
Ciudad:	BUGA
País:	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
27/05/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	27/06/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
27/05/2026 04:04:06	27/05/2026 04:04:25		

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRETSACION 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 ITEMS: 1

VALORES EN LETRA: TRES MILLONES PESOS

OBSERVACIONES:
PRETSACION 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: 2026-05-27 04: 04:06 - Fecha Validación Dian: 2026-05-2704:04:25

© 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
DANILO ANDRES POLANCO MUÑOZ :
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, 27 de mayo 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).

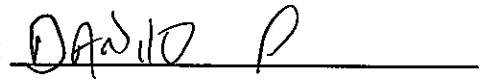
Si aplica dependencia económica:

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	54614932		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400049677		
Fecha de Creacion	27/05/2026	**Fecha de Pago**	27/05/2026 16:37
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	

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

DANILO ANDRES POLANCO MUÑOZ C.C. 1.115.091.555

CTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA No. 188 477 954

FECHA	No. FACT.	SUBTOTAL	TOTAL	ESTAMPILLA PRO CULTURA 1%	ESTAMPILLA 1%	ESTAMPILLA PRO DEPORTE 2.5%	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 4%	TOTAL A PAGAR
27/05/2026	DSH-1376	$ 3.000.000	$ 3.000.000		$ 30.000			$ 2.970.000
TOTAL		**$ 3.000.000**	**$ 3.000.000**	**$ -**	**$ 30.000**	**$ -**	**$ -**	**$ 2.970.000**