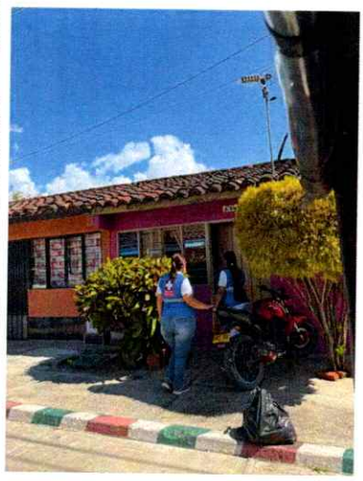
ACTA DE SUPERVISION No. 2 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 17 DE MARZO AL 17 ABRIL DE DE 2026 FECHA DEL INFORME: 17/04/2026							
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO							
No. Contrato o convenio:	2026-055						
Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA						
Clase de Contrato o convenio:	PRESTACION DE SERVICIOS						
No. de Registro Presupuestal:	20260121						
Fecha Inicio:	17/02/2026						
Fecha Terminación:	17/05/2026						
El contrato cuenta con prorroga	Si		No	X	**Fecha de terminación incluyendo prorroga**	17/05/2026	
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución en este periodo.	33.33%						
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	100%						
Nombre del contratista:	DIANA MARCELA RIOS DARAVIÑA						
CC / Nit:	C.C. No. 1.136.060.100						
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
Las actividades se desarrollaron de acuerdo con la programación establecida, contribuyendo al fortalecimiento del seguimiento y la atención en salud de la comunidad del corregimiento de Media Canoa Territorio N 02. Se brinda atención a los usuarios validando sus datos personales establecido en la resolución 3280 para confirmarlos, lo que permite establecer la ruta de atención para cada persona según la IPS asignada. Durante esta fase se realizan toma de signos vitales como son: presión arterial, así como medidas antropométricas (peso y talla), saturación de oxígeno y temperatura corporal, con el fin de identificar factores de riesgo para el desarrollo de patologías. Esto puede incluir la evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC) para detectar casos de obesidad o desnutrición, así como el análisis de los parámetros de presión arterial para identificar si los usuarios presentan alguna alteracion en sus sgnos previamente tomados. Asi mismo, se proporciona información relevante sobre medidas de autocuidado en el entorno familiar, con énfasis en el bienestar emocional y la salud mental. Brindando los recursos de apoyo psicológico, buscando fortalecer la resiliencia y el equilibrio emocional. Evidencia:

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
  

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
El objetivo de nuestra actividad de APS en el territorio de Media Canoa es optimizar y fortalecer la credibilidad en los servicios asistenciales de salud, mediante acciones de promoción, prevención y atención oportuna a la comunidad, facilitadas por los Equipos Básicos de Salud (EBS), con el fin de mejorar la calidad de vida de la población y promover el acceso oportuno a los servicios de salud. Durante este período se brindó información vital sobre la importancia del cuidado de la salud en el territorio número 02 del corregimiento de Media Canoa. Asi mismo, se hizo énfasis en la importancia de realizar actividad física de manera regular, mantener una alimentación saludable y prevenir el consumo de sustancias alucinojenas. Para los usuarios que ya presentan enfermedades de base, se reiteró la importancia de seguir las recomendaciones médicas, reconocer su condición de salud y hacer un uso adecuado de los medicamentos formulados. Evidencia:  

3) **Notificar al médico cualquier evento de resolución inmediata.**

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En el presente período se realizó visita domiciliaria, en la cual se encontró a la usuaria con signos vitales alterados, evidenciándose presión arterial por debajo de los valores normales. se brindó orientación a la usuaria y familiar. Se informó al médico sobre el estado de la paciente. La usuaria presenta hipotensión, lo cual requiere seguimiento continuo para evitar complicaciones en su estado de salud. Se recomienda atención médica domiciliaria para control y seguimiento de la presión arterial. Evidencia:  

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En este periodo se realizaron caracterizaciones efectivas, en las cuales las familias aceptaron la visita de los Equipos Básicos de Salud. a quienes se les indagó sobre sus antecedentes personales y familiares. Posteriormente, se aplicó un tamizaje específico de acuerdo con la edad de cada usuario, el cual incluyó la realización de los exámenes correspondientes según cada caso. Durante la orientación brindada a la comunidad se reforzaron las siguientes recomendaciones para el cuidado de la salud: • Mantener una alimentación equilibrada y saludable. • Realizar actividad física de manera regular. • Realizarse exámenes de control y chequeos médicos periódicos. • Mantener una adecuada hidratación. • En el caso de personas con hipertensión, asistir a los controles médicos correspondientes. Registros de caracterización, formatos de tamizaje diligenciados y seguimiento a los usuarios atendidos. Evidencia:

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

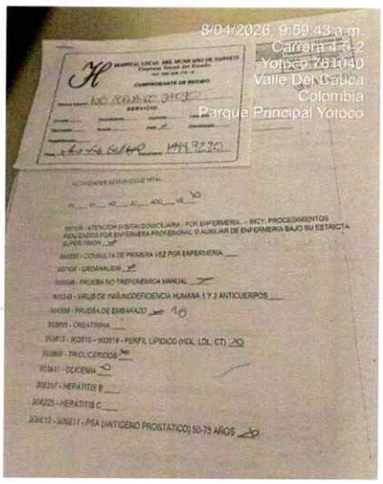
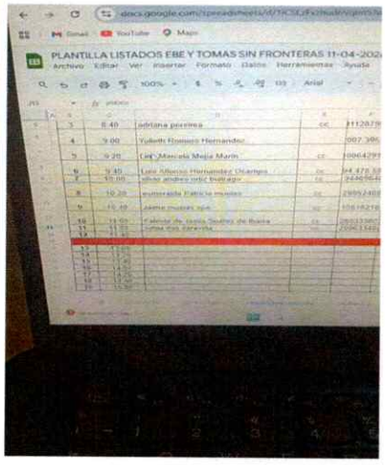
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se socializó la Resolución 3280 de 2018 y se abordaron temas como herramientas psicológicas, cartografía social y la correcta elaboración de informes, cuentas de cobro y soportes. De esta manera, se trabajaron estrategias basicas para adentrarnos mas con la comunidad y puntos estrategicos aledaños, se revisaron pautas de seguridad y salud en el trabajo, y se efectuó el reconocimiento de la poblacion de la regina y caracterización del territorio. Durante la jornada se desarrollaron diferentes temas y actividades orientadas al fortalecimiento del trabajo en equipo y la atención en salud. Se realizó la bienvenida, la definición de procesos y la socialización de territorios. Se revisaron documentos faltantes y se explicó la conformación de los equipos básicos junto con los lineamientos institucionales.
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 las convocatorias a los procesos desarrollados por el Equipo Básico de Salud (EBS), con el fin de informar, motivar y promover la participación activa de la comunidad en las actividades programadas. Durante el período reportado, se realizaron actividades de apoyo en las convocatorias dirigidas a la comunidad del territorio de madiacanoa. Estas acciones estuvieron orientadas a informar sobre los diferentes servicios y programas de salud, así como a motivar la participación de los usuarios en las jornadas y actividades lideradas por el Equipo Básico de Salud (EBS). La convocatoria se llevó a cabo mediante visitas domiciliarias, comunicación directa con los usuarios y orientación personalizada, cumpliendo y fortaleciendo la articulación entre el equipo de salud y la comunidad. Se logró una adecuada difusión de la información relacionada con las actividades del EBS, evidenciando interés y participación por parte de la comunidad en los procesos convocados. Se fortaleció el vínculo entre los servicios de salud y los usuarios del territorio. El apoyo en las convocatorias permitió mejorar la participación comunitaria en las actividades del Equipo Básico de Salud, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos en salud y al fortalecimiento del trabajo en territorio. Continuar con estrategias de información y motivación comunitaria que favorezcan la participación activa de los usuarios en los programas de salud, así como mantener el acompañamiento constante departe de el Equipos Basicos de Salud (EBS) Evidencia   

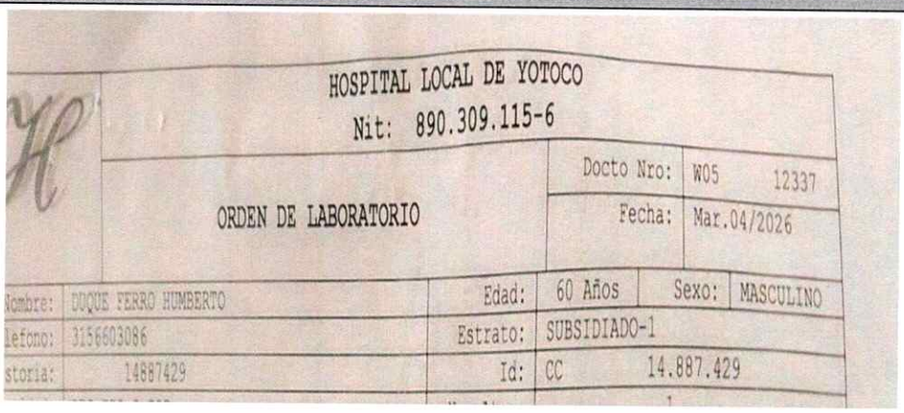
7) Digitalizar, consolidar y archivar la información recolectada si aplica

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
La información fue organizada de manera sistemática, permitiendo identificar las condiciones de salud, factores de riesgo y necesidades prioritarias de los usuarios, con el fin de facilitar el seguimiento y la toma de decisiones en las intervenciones en salud. Finalmente, los datos fueron archivados conforme a los lineamientos establecidos, garantizando su disponibilidad, confidencialidad y adecuada gestión dentro de los procesos de Atención Primaria en Salud
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
Informar oportunamente las incidencias identificadas durante el desarrollo de las actividades laborales, relacionadas con alteraciones en los paraclínicos y el estado de las herramientas de trabajo asignadas. Durante el desarrollo de la labor en las agendas asignadas, se han identificado diversas incidencias asociadas a alteraciones en los resultados de los exámenes paraclínicos de los usuarios. Estas situaciones requieren seguimiento oportuno, orientación adecuada y, en algunos casos, remisión al personal médico correspondiente para su valoración. De igual manera, se evidencian novedades relacionadas con las herramientas de trabajo, las cuales pueden presentar limitaciones o fallas que interfieren en la adecuada ejecución de las actividades programadas. • Identificación y registro de las alteraciones en los paraclínicos. • Orientación a los usuarios sobre los resultados obtenidos. • Remisión de casos que requieren valoración médica. • Reporte de las condiciones y funcionamiento de las herramientas de trabajo Se considera fundamental mantener la notificación continua de estas incidencias, con el fin de garantizar la calidad en la atención, la seguridad de los usuarios y el adecuado desarrollo de las actividades laborales. Evidencia:

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS



HOSPITAL LOCAL DE YOTOCO
Nit: 890.309.115-6

ORDEN DE LABORATORIO

Docto Nro: W05 12337
Fecha: Mar.04/2026

Nombre:	DUQUE FERRO HUMBERTO	Edad:	60 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3156603086	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	14887429	Id:	CC	14.887.429	

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)**	
MARZO	0	218.900	280.200	42.700	882397977
ABRIL	0	218.900	280.200	42.700	8823979377
Totales	N/A	437.800	560.400	85.400	**NA**

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	**168756794**	Banco:	BANCO AV Villas VILLAS	Tipo de cuenta	AHORROS
FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)					
CUENTA DE COBRO No. 2					
AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES					

Número de registro presupuestal	Rubro	Valor
		$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 -055 DE 2026 certifico que el/la contratista DIANA MERCELA RIOS DARAVIÑA ejecuto sus actividades conforme a lo estipulado, de manera oportuna y con la calidad y eficiencia requeridas, así como en los tiempos establecidos para el desarrollo de cada una de ellas.
Conforme a lo verificado, el contratista cumplió con las obligaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la Ley 789 de 2002 modificada por la Ley 828 de 2003 y de ARP según la ley 1562 de 2012.
Se autoriza el pago por la suma de Tres millones M/CTE,($3.000.000).

Yani Lorena Robles Ramírez
Supervisora de contrato
Sub-directora Científica

Simple

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2026-04-22, 09:31:20 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: abril de 2026 Periodo Servicio: abril de 2026

Número Planilla: 1080550550

Referencia pago(PIN): 8823979377

Fecha limite de pago: 2026-05-05

GUARDADA 17/03/2026

. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MARCELA RIOS DARAVIÑA				
Documento	CC1136060100	Dirección	CR 8C #10 - 48		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3154804057		
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	YOTOCO	Departamento	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal		Identificación			

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pension			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días PENS	Días AFP	Días EPS	Días ARL	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 1136060100	RIOS DARAVIÑA DIANA MARCELA	59	0																0	30	30	30	0		(230301) PORVENIR	$1,750,905	$280,200	(EPS016) S.O.S EPS	$1,750,905	$218,900	(14-25) COLMENA VIDA Y RIESGOS	$1,750,905	$42,700	(-NN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$541,800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades Licencias	Incapacidades ARP	SUBTOTAL BIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$1,750,905	$1,750,905	$1,750,905	$0	$280,200	$0	$0	$218,900	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$541,800	$0	$541,800

V. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
2

Período de cotización salud

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

8888239793770000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi

(415)7709998485884(8020)8823979377(3900)0000000(96)20991231

MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOViiRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi / App: MOVii – ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente. Consulta otros medios de pago en: https://pagosimple.com/puntos-de-recaudo/

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras

¡El Poder de lo SIMPLE!

INFORME PARCIAL 1I

CONTRATO

2026-055 DE 2026

OBJETO

PRESTACION DE SERVICIOS, COMO AXILIAR DE ENFERMERIA, PARA INTEGRAR LOS DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO, VALLE DEL CAUCA.

PERIODO

DEL 17 DE MAERZO AL 17 DE ABRIL DE 2026

Doctora :

YANI LORENA ROBLES RAMIREZ

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

REFERENCIA: PRESENTACIÓN INFORME

Cordial saludo.

Yo, Diana Marcela Rios Daraviña, identificada con cedula de ciudadanía No 1136060100 de Cali Valle del Cauca, en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No. 2026 - 055, atentamente presento el informe parcial 1 de las actividades desarrolladas de acuerdo con las obligaciones señaladas en el contrato, de la siguiente manera:

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 1.	ACTIVIDAD
1) Diligenciar y actualizar la ficha de caracterización al individuo y las familias de la zona a intervenir.	• Durante este periodo se realizaron actividades de caracterización en el corregimiento de Mediacanoa, territorio N.° 02, del municipio de Yotoco, departamento del Valle del Cauca.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

Las actividades se desarrollaron de acuerdo con la programación establecida, contribuyendo al fortalecimiento del seguimiento y la atención en salud de la comunidad del corregimiento de Media Canoa Territorio N 02.
Se brinda atención a los usuarios validando sus datos personales establecido en la resolución 3280 para confirmarlos, lo que permite establecer la ruta de atención para cada persona según la IPS asignada.

Durante esta fase se realizan toma de signos vitales como son: presión arterial, así como medidas antropométricas (peso y talla), saturación de oxígeno y temperatura corporal, con el fin de identificar factores de riesgo para el desarrollo de patologías.

Esto puede incluir la evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC) para detectar casos de obesidad o desnutrición, así como el análisis de los parámetros de presión arterial para identificar si los usuarios presentan alguna alteracion en sus sgnos previamente tomados.

Asi mismo, se proporciona información relevante sobre medidas de autocuidado en el entorno familiar, con énfasis en el bienestar emocional y la salud mental. Brindando los recursos de apoyo psicológico, buscando fortalecer la resiliencia y el equilibrio emocional.



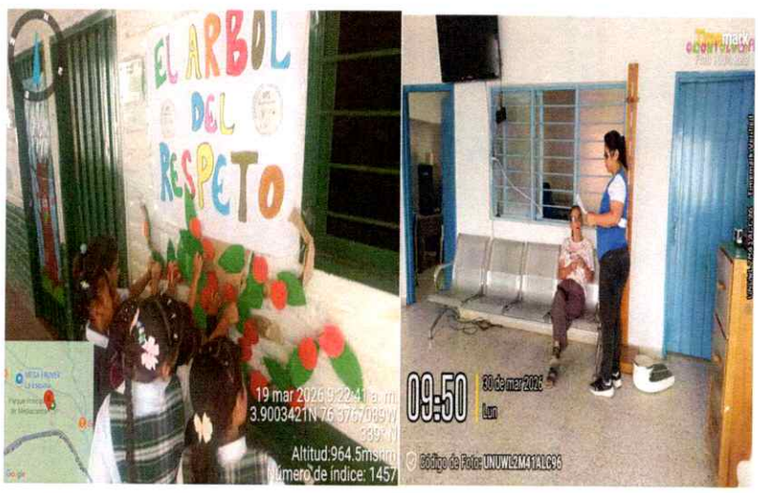
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.	ACTIVIDAD
2) Brindar información en salud a las familias y el individuo de carácter individual o grupal	Durante este periodo se brindó información vital sobre la importancia del cuidado de la salud en el territorio número 02 del corregimiento de Media Canoa. El objetivo fue prevenir enfermedades de base como la

	hipertensión arterial, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, los trastornos renales y otras condiciones presentes en nuestro entorno.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

El objetivo de nuestra actividad de APS en el territorio de Media Canoa es optimizar y fortalecer la credibilidad en los servicios asistenciales de salud, mediante acciones de promoción, prevención y atención oportuna a la comunidad, facilitadas por los Equipos Básicos de Salud (EBS), con el fin de mejorar la calidad de vida de la población y promover el acceso oportuno a los servicios de salud.

Durante este período se brindó información vital sobre la importancia del cuidado de la salud en el territorio número 02 del corregimiento de Media Canoa. Asi mismo, se hizo énfasis en la importancia de realizar actividad física de manera regular, mantener una alimentación saludable y prevenir el consumo de sustancias alucinojenas. Para los usuarios que ya presentan enfermedades de base, se reiteró la importancia de seguir las recomendaciones médicas, reconocer su condición de salud y hacer un uso adecuado de los medicamentos formulados.



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	ACTIVIDAD
3 Notificar al médico cualquier evento de resolución inmediata.	En el presente período se realizó visita domiciliaria, en la cual se encontró a la usuaria con signos vitales alterados, evidenciándose presión arterial por debajo de los valores normales.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

se brindó orientación a la usuaria y familiar. Se informó al médico sobre el estado de la paciente.
La usuaria presenta hipotensión, lo cual requiere seguimiento continuo para evitar complicaciones en su estado de salud. Se recomienda atención médica domiciliaria para control y seguimiento de la presión arterial.





OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	ACTIVIDAD

4) Orientar a la comunidad hacia los servicios sociales y de salud	Durante el mes se realizaron **caracterizaciones efectivas**, en las cuales las familias aceptaron la visita de los **Equipos Básicos de Salud**. a quienes se les indagó sobre sus **antecedentes personales y familiares**.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

Posteriormente, se aplicó un tamizaje específico de acuerdo con la edad de cada usuario, el cual incluyó la realización de los exámenes correspondientes según cada caso.

Durante la orientación brindada a la comunidad se reforzaron las siguientes recomendaciones para el cuidado de la salud:

- Mantener una alimentación equilibrada y saludable.
- Realizar actividad física de manera regular.
- Realizarse exámenes de control y chequeos médicos periódicos.
- Mantener una adecuada hidratación.
- En el caso de personas con hipertensión, asistir a los controles médicos correspondientes.

Registros de caracterización, formatos de tamizaje diligenciados y seguimiento a los usuarios atendidos.





OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 5.	ACTIVIDAD
5)Participar activamente de los procesos de inducción y re inducción; las reuniones del equipo de trabajo y programación de estrategias y actividades	En el mes se realizaron reuniones de trabajo, capacitaciones y demás actividades de apoyo requeridas las cuales fueron:

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

De esta manera, se trabajaron estrategias basicas para adentrarnos mas con la comunidad y puntos estrategicos aledaños, se revisaron pautas de seguridad y salud en el trabajo, y se efectuó el reconocimiento de la poblacion de la regina y caracterización del territorio.

Durante la jornada se desarrollaron diferentes temas y actividades orientadas al fortalecimiento del trabajo en equipo y la atención en salud. Se realizó la bienvenida, la definición de procesos y la socialización de territorios. Se revisaron documentos faltantes y se explicó la conformación de los equipos básicos junto con los lineamientos institucionales.

- ✔ Taller practico intergrafico
- ✔ Seguridad y salud en el trabajo y calidad
- ✔ Reconocimiento de territorios – recorrido
- ✔ Caracterización
- ✔ Realización de informes







OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	ACTIVIDAD
Realizar apoyo en las convocatorias a los procesos que realiza el EBS.	Dentro de las convocatorias de EBS surgieron :

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

Brindar apoyo en las convocatorias a los procesos desarrollados por el Equipo Básico de Salud (EBS), con el fin de informar, motivar y promover la participación activa de la comunidad en las actividades programadas. Durante el período reportado, se realizaron actividades de apoyo en las convocatorias dirigidas a la comunidad del territorio de madiacanoa. Estas acciones estuvieron orientadas a informar sobre los diferentes servicios y programas de salud, así como a motivar la participación de los usuarios en las jornadas y actividades lideradas por el Equipo Básico de Salud (EBS).
La convocatoria se llevó a cabo mediante visitas domiciliarias, comunicación directa con los usuarios y orientación personalizada, cumpliendo y fortaleciendo la articulación entre el equipo de salud y la comunidad.
Se logró una adecuada difusión de la información relacionada con las actividades del EBS, evidenciando interés y participación por parte de la comunidad en los procesos convocados. Se fortaleció el vínculo entre los servicios de salud y los usuarios del territorio.
El apoyo en las convocatorias permitió mejorar la participación comunitaria en las actividades del Equipo Básico de Salud, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos en salud y al fortalecimiento del trabajo en territorio.
Continuar con estrategias de información y motivación comunitaria que favorezcan la participación activa de los usuarios en los programas de salud, así como mantener el acompañamiento constante departe de el Equipos Basicos de Salud (EBS)

Evidencia:







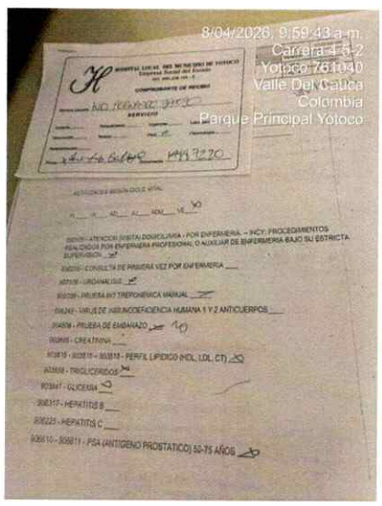
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7.	ACTIVIDAD
1) Digitalizar, consolidar y archivar la información recolectada si aplica	La información fue organizada de manera sistemática, permitiendo identificar las condiciones de salud, factores de riesgo y necesidades prioritarias de los usuarios, con el fin de facilitar el seguimiento y la toma de decisiones en las intervenciones en salud. Finalmente, los datos fueron archivados conforme a los lineamientos establecidos, garantizando su disponibilidad,

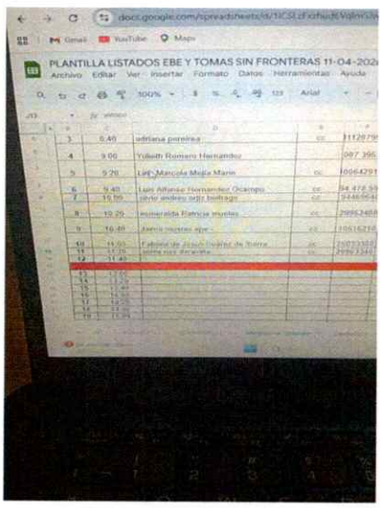
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

Asi mismo, se informó a los habitantes que el equipo continuará presente en el corregimiento de mediacanoa para ofrecer acompañamiento, apoyo y orientación ante cualquier requerimiento relacionado con la salud y el bienestar comunitario.

Evidencia:







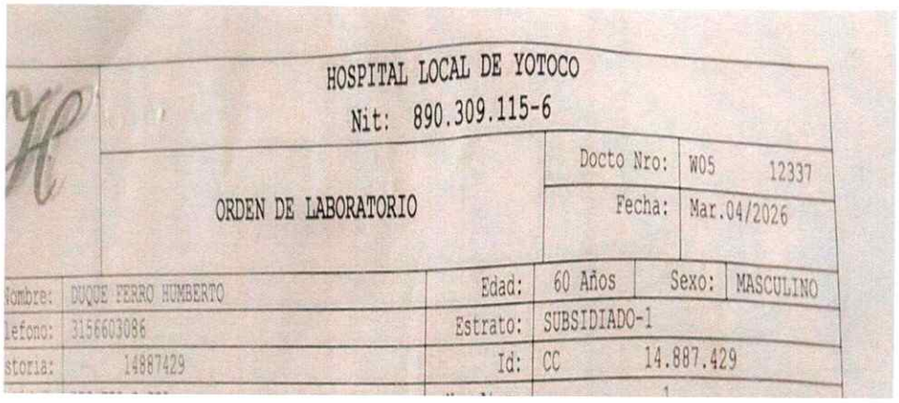
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 8.	ACTIVIDAD
Notificar al coordinador las incidencias que se presenten en el desarrollo de la labor, así como también sus herramientas de trabajo	Informar oportunamente las incidencias identificadas durante el desarrollo de las actividades laborales, relacionadas con alteraciones en los paraclínicos y el estado de las herramientas de trabajo asignadas.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

Durante el desarrollo de la labor en las agendas asignadas, se han identificado diversas incidencias asociadas a alteraciones en los resultados de los exámenes paraclínicos de los usuarios. Estas situaciones requieren seguimiento oportuno, orientación adecuada y, en algunos casos, remisión al personal médico correspondiente para su valoración.
De igual manera, se evidencian novedades relacionadas con las herramientas de trabajo, las cuales pueden presentar limitaciones o fallas que interfieren en la adecuada ejecución de las actividades programadas.

- Identificación y registro de las alteraciones en los paraclínicos.
- Orientación a los usuarios sobre los resultados obtenidos.

- Remisión de casos que requieren valoración médica.



HOSPITAL LOCAL DE YOTOCO
Nit: 890.309.115-6

ORDEN DE LABORATORIO

Docto Nro: W05 12337
Fecha: Mar.04/2026

Nombre:	DUQUE FERRO HUMBERTO	Edad:	60 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3156603086	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	14887429	Id:	CC	14.887.429	

Diana M Rios

DIANA MARCELA RIOS DARAVIÑA
- CC: 1136060100
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. **DSHY1310**

18764078397051

CUDS:da2b7db300cfcd34131c103b0ddd9b542b32133f4e5876ec642589b26dfa6c554239634a6ab965137a3dd2c4826b0310

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	RIOS DARAVIÑA DIANA MARCELA
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	1136060100
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	CRA 8C # 10 48
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3154804057
Ciudad:	YOTOCO	**Ciudad:**	YOTOCO
País:	Colombia	**País:**	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
22/04/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	22/05/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
22/04/2026 04:21:04	22/04/2026 04:21:30		

ITEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA INTEGRAR LOS EQUIPOSBASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA DURENTE 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 INTEGRAR LOS EQUIPOSBASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA DURENTE 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: 2026-04-22 04: 21:04 - Fecha Validación Dian: 2026-04-2204:21:30

© 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:
Diana Marcela Rios Daraviña
CC 1.136.060.100 de Cali

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, 22 de Abril de 2026

Consignar cuenta de ahorros AV Villas, Número de cuenta: 168756794

Firma: Diana M Rios

C.C. 1.136.060.100
Teléfono: 3154804057
Dirección: Calle 1 AN # 5-11
Correo: dianmar1988allison@gmail.com
Código CIIU: **8299-8692**

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		
Allison Pinzon Rios			x		1.104.837.108	Hija

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: Diana M Rios

C.C. 1.136.060.100
Teléfono: 3154804057
Dirección: Calle 1 AN # 5 - 11
Correo:dianmar1988allison@gmail.com
Código CIIU: **8299-8692**

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	DIANA MARCELA RIIOS DARAVIÑA	**Estado Proceso**	Pendiente de Respuesta
Nº Proceso de Pago	54338325		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400049677		
Fecha de Creacion	23/04/2026	**Fecha de Pago**	23/04/2026 17:34
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
1136060100	DIANA MARCELA RIOS DARAVIÑA	0000008903091156	Ahorros	168756794	AV VILLAS	$ 2.970.000,00	Pendiente de Respuesta	