ACTA DE SUPERVISION No. 02 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 17 DE MARZO AL 16 DE ABRIL FECHA DEL INFORME. 20/04/2026							
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO							
No. Contrato o convenio:	2026-064						
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR, PARA EL APOYO ADMINISTRATIVO, EN MARCO DE LA EJECUCION DE PROYECTOS DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO, VALLE DEL CAUCA.						
Clase de Contrato o convenio:	SERVICIOS PROFESIONALES						
No. de Registro Presupuestal:	No 20260110						
Fecha Inicio:	17/02/2026						
Fecha Terminación:	17/05/2026						
El contrato cuenta con prorroga	Si		No	X	**Fecha de terminación incluyendo prorroga**		
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución en este periodo.	33.33 %						
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	33.33 %						
Nombre del contratista:	CAROLINA BEJARANO GUZMAN						
CC / Nit:	C.C. No. 1116158129						
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) Participar en la priorización de microterritorios.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Como priorización, se establecen el territoiro de La Inmaculada, realizando el contacto telefónico y la validación de usuarios para tamización, a través de las demandas inducidas suministradas por los auxiliares de enfermería y las bases de datos previamente depuradas, con el fin de identificar nuevos usuarios.Este proceso de validación y priorización incluye la verificación de la EPS a la cual se encuentran afiliados los usuarios, la identificación de su IPS asignada y la confirmación de si cumplen con los criterios para participar en la actividad, de acuerdo con los lineamientos establecidos.

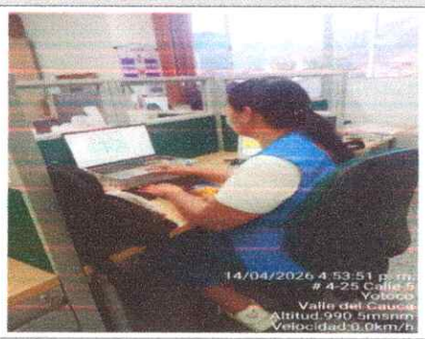
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
 

2) Elaboración de cartografía social

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se realizaron recorridos territoriales en el sector La Inmaculada y microterritorio Santa Bárbara, con el fin de: • Identificar zonas pendientes de caracterización. • Reconocer áreas sin barrido previo. • Detectar factores de riesgo presentes en el entorno. La actividad se desarrolló de manera articulada con auxiliares de enfermería, trabajadora social y jefe del territorio, fortaleciendo el conocimiento del contexto comunitario para la planeación de intervenciones.


3) . Ser el enlace directo entre los EBS y la comunidad.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se facilitó la comunicación permanente entre los Equipos Básicos de Salud (EBS) y la comunidad, brindando información oportuna sobre: • Jornadas de atención. • Procesos de tamización. • Acceso a servicios de salud. Este enlace permitió mejorar la confianza comunitaria y aumentar la participación de la población en las actividades programadas.

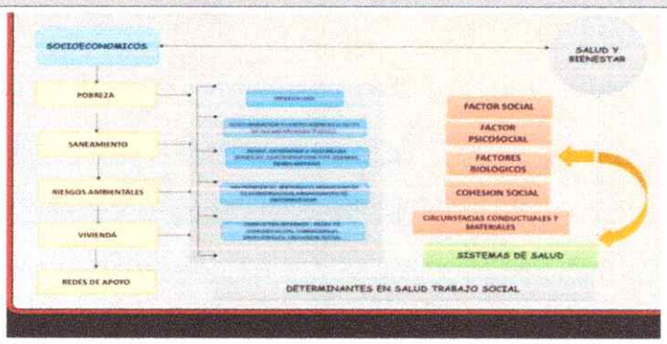
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS


4) Apoyar el relacionamiento inicial entre los EBS y la comunidad

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se dio cumplimiento a las directrices de la jefe de territorio para promover la vinculación de la mayor cantidad de población posible al proceso de tamización.Se realizaron acciones de convocatoria, orientación y sensibilización, fortaleciendo el acercamiento inicial entre el equipo de salud y la comunidad.


5) Fortalecer el análisis de los determinantes sociales del bienestar

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se identifican determinantes relevantes como el abandono, evidenciándose la necesidad de fortalecer las acciones de orientación y acompañamiento dirigidas a los cuidadores. Lo anterior, debido a que estos se ven afectados a nivel emocional, físico y social, y por la sobrecarga de cuidado tienden a descuidar responsabilidades relacionadas con el bienestar integral de las personas a su cargo. En este contexto, se recibe orientación por parte de la trabajadora social del territorio, Nadya Gómez, para implementar estrategias de intervención dirigidas a cuidadores, con el objetivo de fortalecer sus capacidades de afrontamiento, promover el autocuidado y mejorar la calidad de la atención brindada.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS


6) Identificar tempranamente situaciones de riesgo en salud

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En el marco de los recorridos para la cartografía social se identificaron de forma temprana situaciones de riesgo como: • Posibles casos de abandono. • Presunta violencia intrafamiliar. • Sospecha de abuso sexual. • Manifestaciones de ansiedad. Estos hallazgos permitieron la canalización oportuna para intervención por parte del equipo interdisciplinario.


7) Fortalecer las actividades de información, educación y canalización

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante las llamadas telefónicas, se realiza educación a los usuarios sobre la importancia de la toma oportuna de los paraclínicos de acuerdo con su edad y curso de vida, indicando cuáles corresponden según lo establecido en la Resolución 3280 de 2018. Por otro lado, se proyecta educación en hábitos saludables en la modalidad familiar, lo cual es fundamental, ya que permite fortalecer prácticas de autocuidado, promover entornos protectores y favorecer la adopción de estilos de vida saludables en todos los integrantes del hogar, contribuyendo así a la prevención de enfermedades y al mejoramiento de la calidad de vida.



8) Realicen seguimiento familiar al PCIP

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se realizó seguimiento a los pacientes que asistieron a la jornada de especialistas llevada a cabo el 11 de abril, en las áreas de ginecología, pediatría y medicina interna. Este seguimiento permitió verificar la continuidad en la atención, favorecer la adherencia a los tratamientos y garantizar la trazabilidad del proceso asistencial. Jornada de especialistas ginecologis, pediatria y medicina interna 25 usuarios programados de cada una asistencia pediatria y ginecologia 19 cada uno medicina interna 20. Estas acciones contribuyen a mejorar la efectividad de las intervenciones en salud y a fortalecer la continuidad del cuidado en los usuarios.



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:	**EMSSANAR**										
ARL:	**COLMENA**				**Nivel de Riesgo**	I	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, II y III)	
FEBRERO	$ 817.089	$ 102,200	$ 130,800	$ 20,000	4645793044
MARZO	$1750,905	$218,900	$280,200	$42700	4646879414
ABRIL	$1750,905	$218,900	$280,200	$42700	5168578329

Totales	**N/A**	$ 540,000	$ 691,200	$105,400	**N/A**

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	**0146868955**	Banco:	BANCO DE BOGOTA	Tipo de cuenta	AHORROS
FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)					
CUENTA DE COBRO No. 2					

AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES		
Número de registro presupuestal	**Rubro**	**Valor**
20260110		$ 6.000.000
TOTAL		

ITEM	**VALOR EN PESOS**
Valor Inicial del contrato	$6 .000.000
Valor Adiciones o reducciones	$0
Valor Total del contrato	$6.000.000
Valor pagado	$2.000.000
Valor a pagar	$2.000.000
SALDO	$2.000.000

1) 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. 2026-064DE 2026 certifico que el/la contratista CAROLINA BEJARANO GUZMAN 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 de Pesos M/CTE, ($2.000.000,00).

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116158129
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CAROLINA BEJARANO GUZMAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOTOCO	DEPARTAMENTO	VALLE
DIRECCIÓN:	BARRIO CENTRAL	TELÉFONO:	9699999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de computadoras, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4646879414	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		99961293B7

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:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC18	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:									**$ 42.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 42.700**

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	RETORNA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	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 COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1116158129	BEJARANO GUZMAN CAROLINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-25-COLMENA	30	$ 1.750.905	$111E15812	$ 42.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116158129
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CAROLINA BEJARANO GUZMAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOTOCO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	BARRIO CENTRAL	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			5168578329	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/04/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9996519694

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:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC18	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:									**$ 42.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 42.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																														PENSIÓN							SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RECORDAR TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	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 COT	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1116158129	BEJARANO GUZMAN CAROLINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	30																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-25-COLMENA	30	$ 1.750.905	111615812	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	BEJARANO GUZMAN CAROLINA
IDENTIFICACIÓN:	CC 1116158129
INICIO VIGENCIA:	26/02/2026
FECHA INICIO CONTRATO:	17-02-2026
FECHA FIN CONTRATO:	17-05-2026
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	PRINCIPAL
CLASE:	3
TASA:	2,436
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR:	3869201
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de apoyo terapéutico, incluye actividades de enfermeros, fisioterapeutas, terapistas respiratorios, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogos u otro personal paramédico como (Decreto 768 de 2022)

DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO EMPRESA SOCIAL
CC /NIT:	NI 890309115
CONTRATO:	1207778
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	VIGENTE
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:	3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 21 días del mes de abril del año 2026.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el dia 21/04/2026 16:35:56. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez juridica.

INFORME PARCIAL II

CONTRATO

2026-064 DE 2026

OBJETO

PRESTACION DE SERVICIOS, COMO PROMOTORA EN SALUD EN EL MARCO DE LA EJECUCION DE PROYECTO DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD, DEL MUNICIPIO DE YOTOCO, VALLE DEL CAUCA.

PERIODO

DEL 17 DE MARZO AL 16 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, Carolina Bejarano, identificado con cedula de ciudadanía No **1116158129** de Yotoco Valle del Cauca, en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No.**2026-064**, 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**
Participar en la priorización de micro territorios.	Como priorización, se establecen el territoiro de La Inmaculada, realizando el contacto telefónico y la validación de usuarios para tamización, a través de las demandas inducidas suministradas por los auxiliares de enfermería y las bases de datos previamente depuradas, con el fin de identificar nuevos usuarios
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.	**ACTIVIDAD**
Elaboración de cartografía social	Se facilitó la comunicación permanente entre los Equipos Básicos de Salud (EBS) y la comunidad, brindando información oportuna sobre: • Jornadas de atención. • Procesos de tamización. • Acceso a servicios de salud. Este enlace permitió mejorar la confianza comunitaria y aumentar la participación de la población en las actividades programadas.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	**ACTIVIDAD**
Ser el enlace directo entre los EBS y la comunidad.	Se facilitó la comunicación permanente entre los Equipos Básicos de Salud (EBS) y la comunidad, brindando información oportuna sobre: • Jornadas de atención. • Procesos de tamización. • Acceso a servicios de salud. Este enlace permitió mejorar la confianza comunitaria y aumentar la participación de la población en las actividades programadas.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	



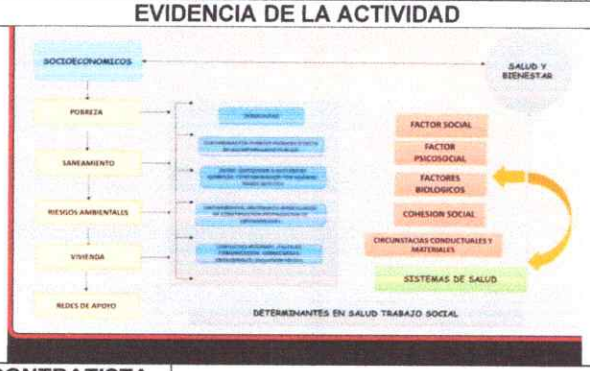
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	ACTIVIDAD
Apoyar el relacionamiento inicial entre los EBS y la comunidad	Se dio cumplimiento a las directrices de la jefe de territorio para promover la vinculación de la mayor cantidad de población posible al proceso de tamización. Se realizaron acciones de convocatoria, orientación y sensibilización, fortaleciendo el acercamiento inicial entre el equipo de salud y la comunidad.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 5.	ACTIVIDAD
Fortalecer el análisis de los determinantes sociales del bienestar	Se identifican determinantes relevantes como el abandono, evidenciándose la necesidad de fortalecer las acciones de orientación y acompañamiento dirigidas a los cuidadores. Lo anterior, debido a que estos se ven afectados a nivel emocional, físico y social, y por la sobrecarga de cuidado tienden a descuidar responsabilidades relacionadas con el bienestar integral de las personas a su cargo.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	ACTIVIDAD
Identificar tempranamente situaciones de riesgo en salud	En el marco de los recorridos para la cartografía social se identificaron de forma temprana situaciones de riesgo como: • Posibles casos de abandono. • Presunta violencia intrafamiliar. • Sospecha de abuso sexual. • Manifestaciones de ansiedad.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7.	ACTIVIDAD
Fortalecer las actividades de información, educación y canalización	Durante las llamadas telefónicas, se realiza educación a los usuarios sobre la importancia de la toma oportuna de los paraclínicos de acuerdo con su edad y curso de vida, indicando cuáles corresponden según lo establecido en la Resolución 3280 de 2018.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 8.	ACTIVIDAD
Realicen seguimiento familiar al PCIP	Se realizó seguimiento a los pacientes que asistieron a la jornada de especialistas llevada a cabo el 11 de abril, en las áreas de ginecología, pediatría y medicina interna. Este seguimiento permitió verificar la continuidad en la atención, favorecer la adherencia a los tratamientos y garantizar la trazabilidad del proceso asistencial. Jornada de especialistas ginecologis, pediatría y medicina interna 25 usuarios programados de cada una asistencia pediatria y ginecología 19 cada uno medicina interna 20

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



Carolina Bejarano G.

CAROLINA BEJARANO
- CC: 1116158129
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. DSHY1320

18764078397051

CUDS:35ac7efb1a55a6f7bcd17a4f4af488635238d80a5b6fe96b05832b32bdcf5a64aed07b6c40802cdd8928225fe78eaa61

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:	BEJARANO GUZMAN CAROLINA
Tipo Identificación:	NIT
NIT:	1116158129
Dirección:	CALLE 5 # 8 16
Teléfono:	3154412573
Ciudad:	YOTOCO
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 04:57:51	22/04/2026 04:58:14		

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROMOTORA, PARA EL TRANSPORTEDE PERSONAL QUE INTEGRA LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA DURENTE EL MES DE MARZO - ABRIL	1	UNIDAD	$2,000,000	$2,000,000

TOTAL ÍTEMS: 1

VALORES EN LETRA: DOS MILLONES PESOS

OBSERVACIONES:
PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROMOTORA, PARA EL TRANSPORTEDE PERSONAL QUE INTEGRA LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA DURENTE EL MES DE MARZO - ABRIL

SUBTOTAL	$2,000,000.00
TOTAL RETENCIONES	$0.00
TOTAL	$2,000,000.00

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: 57:51 - Fecha Validación Dian: 2026-04-2204:58:14

© 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:
CAROLINA BEJARANO GUZMAN
CC 1.116.158.129 de YOTOCO

LA SUMA DE: EN LETRAS M/C ($ DOS MILLONES DE PESOS)

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios como promotora, para integrar los equipos básicos de salud, en el municipio de yotoco valle del cauca.

OBJETO:

Prestación de servicios de promtora en el área de equipos basicos del Hospital Local De Yotoco E.S.E.

Yotoco, 22 de abril de 2026

Consignar cuenta BANCO BOGOTA , Número de cuenta: 0146868955

Firma: Carolina Bejarano G.
CAROLINA BEJARANO GUZMAN
C.C. 1.116.158.129
Teléfono: 3154412573
Dirección: CALLE 5 # 8-16
Correo: carolinabejarano740@gmail.com
Código CIIU: 8299

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 $_2.000.000_____.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		
Antonella Bejarano			x		1116160950	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: Carolina Bejarano G.
CAROLINA BEJARANO GUZMAN
C.C. 1.116.158.129
Teléfono: 3154412573
Dirección: CALLE 5 # 8-16
Correo: carolinabejarano740@gmail.com
Código CIIU: 8299

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	CAROLINA BEJARANO GUZMAN	**Estado Proceso**	Pendiente de Respuesta
Nº Proceso de Pago	54338536		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400049677		
Fecha de Creacion	23/04/2026	**Fecha de Pago**	23/04/2026 18:02
Total de Registros	1	**Monto Total**	$ 1.980.000,00
Registros Ingresados	1	**Monto Ingresado**	$ 1.980.000,00

Detalle de Pagos

Nit Destino	Nombre Destino	Referencia	Tipo Producto o Servicio Destino	Producto o Servicio Destino	Entidad Destino	Valor	Estado	Motivo Rechazo
1116158129	CAROLINA BEJARANO GUZMAN	0000008903091156	Ahorros	146868955	BOGOTA	$ 1.980.000,00	Pendiente de Respuesta	