ACTA DE SUPERVISIÓN No. 02 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 17 DE MARZO AL 16 DE ABRIL 2026 FECHA DEL INFORME:20/04/2026						
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO						
No. Contrato o convenio:	2026-065					
Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROMOTORA, PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA.					
Clase de Contrato o convenio:	SERVICIOS PROFESIONALES					
No. de Registro Presupuestal:	2026-0111					
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.	33.3%					
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	66%					
Nombre del contratista:	MANUELA RODRIGUEZ LOPEZ					
CC / Nit:	C.C. No.1007379567					
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
Se realiza revisión de bases de datos donde se captan pacientes del territorio puente tierra, y sus micro territorios, se valida datos del paciente y se filtran aquellos que deben completar el esquema de tamizaje por rango de edad, completando revisión a pacientes crónicos
Evidencia: 

2) Elaboración de cartografía social

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En esta reunión se estudian los determinantes sociales de los microterritorios, se analizan los posibles riesgos para cada microterritorio. En este orden de ideas se planea la intervención del equipo para la minimización del riesgo, y las educaciones orientadas a cada problemática.
EVIDENCIA 

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se realizan llamadas para crear una comunicación fluida con los pacientes donde se les informa la disponibilidad de citas, tamizaje y ponerse a disposición a cualquier inquietud
Evidencia:

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS


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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se organiza una reunión con líderes para la captación de inquietudes, de cambios y programas necesarios y requeridos para la población. Se valida información y actualización de nueva población.
Evidencia: 

5) Fortalecer el análisis de los determinantes sociales del bienestar

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Hay reunión del equipo para captar las necesidades de la población respecto los determinantes sociales como lo es en el momento el dengue, o sea los mosquitos. Se habla a los pacientes de la importancia de asistir a sus consultas para cumplir con el propósito consignado en la resolución 3280
Evidencia:

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
 

6) Identificar tempranamente situaciones de riesgo en salud

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se identifica con el equipo de puente tierra la falta de educación sexual que existen en la adolescencia y juventud. Se organiza un plan para mitigar este problema. Se habla del riesgo de dengue presente en el territorio a nivel departamental que se viene presentando con anterioridad, y se crea plan de educación para ello.
Evidencia  

7) Fortalecer las actividades de información, educación y canalización

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se habla con el equipo de la problemática o falta de educación sexual en jóvenes. Se empieza la programación de reuniones y jornadas para el fortalecimiento de conocimiento de este tema en la población antes mencionada, y se empiezan a captar adolescentes y jóvenes para el programa de planificación

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Evidencia: 

8) Realicen seguimiento familiar al PCIP

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se realiza tamizaje requerido por el medico con el fin de facilitar el acceso al paciente tomando tamizaje que se encuentra fuera del programa pero que es enviada en la consulta para el seguimiento y tratamiento del paciente según los resultados de la consulta
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:	**COLPENSIONES**											
EPS:	**EMSSANAR**											
ARL:	**COLMENA**				**Nivel de Riesgo**	**I**		**II**	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**			
		Aporte a salud	**Aporte a pensión**	**Aporte a ARL (solo aplica para Nivel Riesgo I y II)**	**Número de Referencia de planilla (s)**
FEBRERO	$1.750.905	$109,500	$140,100	$4,600	9499755353
MARZO	$1.750.905	$218.900	$280,200	$9,200	9501720651
ABRIL	$1.750.905	$218,900	$280,200	$9,200	9503086671
Totales	$5.252.715	$547.300	$700.500	$23,000	**N/A**

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	055048845 2998260	Banco :	DAVIVENDA	Tipo de cuenta	AHORROS
FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)					
CUENTA DE COBRO No. 1					

AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES		
Número de registro presupuestal	**Rubro**	**Valor**
2026-0111		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

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. 2026-065 DE 2026 certifico que el/la contratista MANUELA RODRIGUEZ LOPEZ 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: Alejandro zapata Ortiz – especialista en Contratación – contratista
Revisó: Yani Lorena Robles Ramírez - Supervisora
Aprobó: Vivian Lorena Marulanda - Gerente

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1007379567		Manuela Rodriguez	INDEPENDIENTE	Principal	Corregimiento Puentetierra	YOTOCO-VALLE	3205990863	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	224150724	9503086671	I	2026/05/19	2026/04/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
Ciudad: YOTOCO Depto: VALLE (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
1	CC	1007379567	RODRIGUEZ MANUELA																	25-14	30	$1,750,905	$280,200	ESSC18	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-25	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	0	$0	$0	No	$508,300
Total Afiliados(1)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$508,300	$0	$0	$508,300

INFORME PARCIAL 2
CONTRATO
2026-065 DE 2026

OBJETO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROMOTORA, PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA.

PERIODO

17 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, MANUELA RODRIGUEZ LOPEZ, identificado/a con cedula de ciudadanía No 1.007.379.567 de Buga Valle del Cauca, en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No. 2025-065 DE 2026, atentamente presento el informe parcial 2 de las actividades desarrolladas de acuerdo con las obligaciones señaladas en el contrato, de la siguiente manera:

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 1.	ACTIVIDAD
1) Participar en la priorización de micro territorios	Se realiza revisión de bases de datos donde se captan pacientes del territorio puente tierra, y sus micro territorios, se valida datos del paciente y se filtran aquellos que deben completar el esquema de tamizaje por rango de edad, completando revisión a pacientes crónicos
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.	ACTIVIDAD
2) Elaboración de cartografía social	En esta reunión se estudian los determinantes sociales de los microterritorios, se analizan los posibles riesgos para cada microterritorio. En este orden de ideas se planea la intervención del equipo para la minimización del riesgo, y las educaciones orientadas a cada problemática.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	ACTIVIDAD

3) Ser el enlace directo entre los EBS y la comunidad.	Se realizan llamadas para crear una comunicación fluida con los pacientes donde se les informa la disponibilidad de citas, tamizaje y ponerse a disposición a cualquier inquietud
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	**ACTIVIDAD**
4) Apoyar el relacionamiento inicial entre los EBS y la comunidad	Se organiza una reunión con líderes para la captación de inquietudes, de cambios y programas necesarios y requeridos para la población. Se valida información y actualización de nueva población.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 5.	**ACTIVIDAD**
5) Fortalecer el análisis de los determinantes sociales del bienestar	Hay reunión del equipo para captar las necesidades de la población respecto los determinantes sociales como lo es en el momento el dengue, o sea los mosquitos. Se habla a los pacientes de la importancia de asistir a sus consultas para cumplir con el propósito consignado en la resolución 3280
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	**ACTIVIDAD**

6) Identificar tempranamente situaciones de riesgo en salud	Se identifica con el equipo de puente tierra la falta de educación sexual que existen en la adolescencia y juventud. Se organiza un plan para mitigar este problema. Se habla del riesgo de dengue presente en el territorio a nivel departamental que se viene presentando con anterioridad, y se crea plan de educación para ello.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 	

MANUELA RODRIGUEZ LOPEZ
- CC: 1.007.379.567
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: **DSHY1315**

18764078397051

CUDS:0fc822e9db5ca5e4a1454bdb62c5ce90b3143dacc4231d11d1934a6504c656efe21b018a47082d087e55bc3de82660a2

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	RODRIGUEZ LOPEZ MANUELA
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	1007379567
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	PUENTETIERRA
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3205990863
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 04:33:57	22/04/2026 04:34:10		

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROMOTORA, PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA DURENTE ELMES 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 INTEGRAR LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA DURENTE ELMES 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:

© Copyright 2026. Documento creado por btw.com.co sujeto a condiciones y restricciones.

ABRIL 22 DE 2026

CUENTA DE COBRO

HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.

NIT 890309225-6

Yotoco, Valle del Cauca

DEBE A

MANUELA RODRIGUEZ LOPEZ
CC 1007379567 de BUGA

La suma de:

DOS MILLONES DE PESOS M/C ($.2000,000,00)

POR CONCEPTO DE:

PAGO PRIMER CUOTA CONTRATO No. 2026-065, CUYO OBJETO ES PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROMOTORA, PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA

Se firma en Yotoco Valle

MANUELA RODRIGUEZ LOPEZ
C.C. 1007379567
Teléfono: 3205990863
Dirección: PUENTE TIERRA
Correo: ROMALODRY.2000@GMAIL.COM
Código CIIU: 3869201

Consignar cuenta Davivienda ahorros, Número de cuenta: 0550488452998260

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
X 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:

X 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		
Martha Lucia Lopez	x				38830040	Madre

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: _____

MANUELA RODRIGUEZ LOPEZ
C.C. 1007379567
Teléfono: 3205990863
Dirección: PUENTE TIERRA
Correo: ROMALODRY.2000@GMAIL.COM
Código CIIU:3869201

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	MANUELA RODRIGUEZ LOPEZ	**Estado Proceso**	Pagado
Nº Proceso de Pago	54338509		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400049677		
Fecha de Creacion	23/04/2026	**Fecha de Pago**	23/04/2026 17:59
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
1007379567	MANUELA RODRIGUEZ LOPEZ	0000008903091156	Ahorros	488452998260	DAVIVIENDA	$ 1.980.000,00	Pago Exitoso	