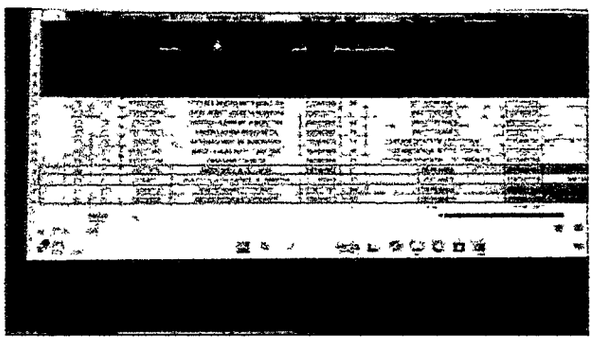
ACTA DE SUPERVISION No. 01 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 17 DE FEBRERO AL 17 DE MARZO FECHA DEL INFORME: 18/03/2026							
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO							
No. Contrato o convenio:	2026-067						
Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROMOTORA, PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA.						
Clase de Contrato o convenio:	SERVICIOS PROFESIONALES						
No. de Registro Presupuestal:	20260113						
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%						
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	33%						
Nombre del contratista:	ANA SOFIA ESCOBAR BARONA						
CC / Nit:	C.C. No. 1112400076						
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.**

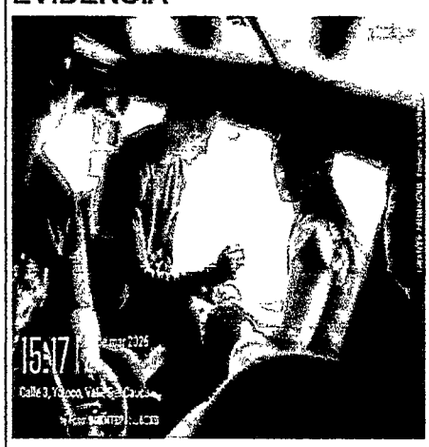
1) Participar en la priorización de micro territorios.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo comprendido entre el 17 de febrero al 17 de marzo, se llevó a cabo un proceso continuo de validación de derechos en el territorio de Media Canoa, con el propósito de verificar la afiliación de los usuarios a sus respectivas EPS y la asignación de las IPS correspondientes. Este proceso permitió confirmar que dichas instituciones estuvieran

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
articuladas con el Hospital Local de Yotoco, garantizando así una adecuada y oportuna prestación de los servicios de salud. La actividad fue desarrollada por nosotras, las promotoras de salud, quienes realizamos la revisión y verificación de la información previamente suministrada por las auxiliares de enfermería y la jefe de enfermería. A partir de este análisis, se logró corroborar el estado de afiliación de los usuarios y validar la exactitud de los datos registrados. Este ejercicio contribuyó significativamente a mejorar la organización de la información, fortalecer la articulación entre las entidades de salud y facilitar el acceso oportuno de la comunidad a los servicios requeridos, promoviendo una atención más eficiente y de calidad. Evidencia:   

2) Elaboración de cartografía social

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante los meses de febrero y marzo se realizó nuevamente la verificación del terreno ubicado en el sector de Media Canoa, específicamente en el área de Planes Brisas del Boquerón y sus alrededores. Durante esta visita se efectuó un recorrido detallado con el fin de identificar posibles nuevos usuarios y confirmar que no se hubieran presentado cambios en el área. Una vez finalizada la revisión, no se evidenciaron novedades ni alteraciones en el terreno, el cual se mantiene en las mismas condiciones observadas durante la visita anterior. Este seguimiento permitió garantizar la actualización y confiabilidad de la información del territorio.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
EVIDENCIA   

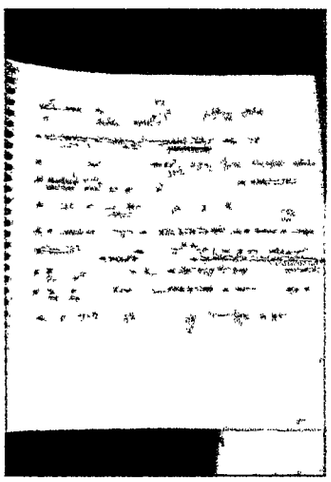
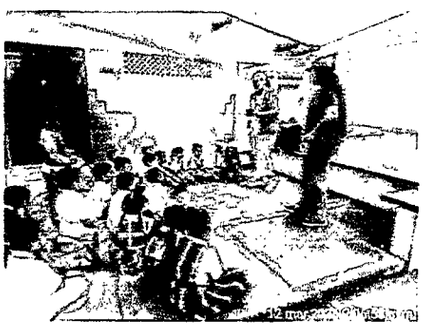
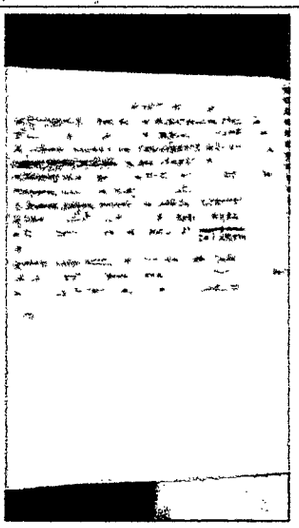
3) Ser el enlace directo entre los EBS y la comunidad.

OBLIGACIONES O ACTIVIDA D DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante este periodo se estableció un contacto formal y sistemático con los niños de la sede Antonia Santos. En este contexto, se desarrolló una actividad dirigida a los estudiantes de transición y primero, con el acompañamiento de la psicóloga, enfocada en el reconocimiento de las emociones y en el aprendizaje de estrategias para su adecuada gestión. La actividad permitió generar un espacio participativo en el que los niños pudieron identificar, expresar y comprender sus emociones, promoviendo habilidades socioemocionales fundamentales para su desarrollo integral y fortaleciendo su bienestar emocional en el entorno escolar Evidencia

OBLIGACIONES O ACTIVIDA D DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
  

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En el marco del proyecto de salud mental, y en articulación con los talleres que se han venido desarrollando, como promotora de los Equipos Básicos de Salud (EBS) se proyecta el trabajo con 22 familias de los 55 niños que participaron en los talleres dirigidos a los grados de primero y transición. Esta intervención se desarrollará a través de los talleres de familia denominados *"Tejiendo amor en familia"*, orientados al fortalecimiento de los vínculos familiares, la promoción de entornos protectores y el bienestar emocional. Desde el rol de las EBS, se busca acompañar de manera cercana a las familias, brindando herramientas que favorezcan la comunicación, el manejo de emociones y la crianza positiva, contribuyendo así al desarrollo integral de los niños y al fortalecimiento de la salud mental en la comunidad.
Evidencia

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
  

5) Fortalecer el análisis de los determinantes sociales del bienestar

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En el territorio de Media Canoa y sus alrededores, es fundamental fortalecer el análisis de los determinantes sociales del bienestar, ya que estos influyen directamente en la calidad de vida de la población. Este proceso permite identificar factores como el acceso a salud, educación, vivienda y condiciones económicas, facilitando la comprensión de las necesidades reales de la comunidad. A través del trabajo articulado con el equipo de salud y la participación comunitaria, se pueden reconocer riesgos y potencialidades del territorio, orientando acciones más efectivas. De esta manera, se promueve una atención más integral y se contribuye al mejoramiento del bienestar y la equidad en la población. Evidencia

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS


6)) Identificar tempranamente situaciones de riesgos en salud

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En el transcurso de este periodo se llevó a cabo una jornada de promoción y prevención enfocada en el cáncer de cuello uterino, orientada a sensibilizar a las mujeres sobre la importancia de la citología como herramienta para la detección temprana de alteraciones y la *disminución de complicaciones asociadas a esta enfermedad.* Como resultado, se buscó fortalecer la confianza en los servicios de salud, incentivar la adherencia a las actividades de tamizaje y promover una mayor participación en los programas de prevención, contribuyendo así a la protección y mejoramiento de la salud femenina en la comunidad.
Evidencia

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
  

7) Fortalecer las actividades de información, educación y canalización

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante los meses de febrero y marzo se llevaron a cabo actividades informativas orientadas a dar a conocer el trabajo que realiza el equipo básico de salud en esta zona, con el fin de fortalecer el vínculo con la comunidad y mejorar la participación en las acciones programadas. En este proceso, se incentivó a la población a difundir la información mediante el voz a voz, como una estrategia clave para ampliar la cobertura y llegar a más hogares. Asimismo, se brindó educación sobre la importancia de asistir a los controles periódicos, cumplir con los esquemas de vacunación y participar activamente en cada una de las actividades a las que son convocados. Estas acciones permitieron fortalecer la cultura del autocuidado, mejorar el acceso a los servicios de salud y promover una mayor adherencia de la comunidad a las estrategias de promoción y mantenimiento de la salud.

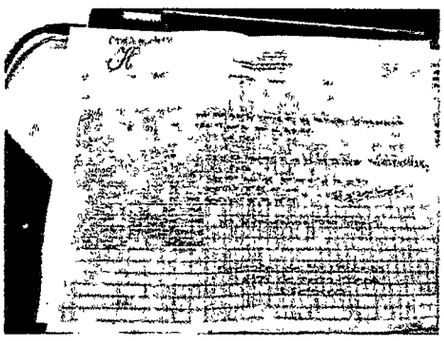
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS


8) Realicen seguimiento familiar al PCIP

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante este periodo se realizaron múltiples llamadas telefónicas a la población, con el objetivo de dar seguimiento a los usuarios y coordinar la toma de paraclínicos programados por el equipo básico en el territorio. Estas acciones permitieron mantener un contacto directo y constante con la comunidad, facilitando la organización y el cumplimiento de las actividades en salud. Asimismo, se brindó información oportuna sobre las fechas de las citas asignadas, reforzando la importancia de asistir puntualmente a las consultas. Se hizo especial énfasis en la sensibilización de adultos, jóvenes y adolescentes, siendo estos últimos uno de los grupos con mayor resistencia a participar en este tipo de actividades. A través de estas estrategias se buscó mejorar la adherencia a los servicios de salud, promover el autocuidado y garantizar la continuidad en los procesos de atención, contribuyendo así a una mejor calidad de vida en la población.
Evidencia

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS







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:		**S.O.S**											
ARL:		**COLEMNA**				**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 y II)**			
FEBRERO	1.634.178	204.300				261.500				17.100			4647364736
Totales													**N/A**

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	488456377610	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de cuenta	AHORROS
FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)					
CUENTA DE COBRO No. 2					

AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES		
Número de registro presupuestal	**Rubro**	**Valor**
20250656		$ 2.000.000
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	$0
Valor a pagar	$2.000.000
SALDO	$4.000.000

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. 2026-067 DE 2026 certifico que el/la contratista Ana Sofia Escobar Barona 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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1112400078
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA SOFIA ESCOBAR BARONA
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOTOCO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	YOTOCO	TELÉFONO:	2524158
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			4648065902	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/03/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9926172894

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	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
EPS018	EPS018-S.O.S.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218,900	$ 0	$ 0	$ 218,900
SUBTOTALES:													$ 218,900	$ 0	$ 0	$ 218,900

Planilla Pagada

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	$ 18,300	$ 18,300	$ 0	$ 0	$ 18,300
SUBTOTALES:									$ 18,300	$ 0	$ 0	$ 18,300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES							
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	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD								ARP					CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											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 1112400078	ESCOBAR BARONA ANA SOFIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,750,905				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,750,905	$ 280,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280,200	EPS018-S.O.S.	30	$ 1,750,905	$ 218,900	$ 0	$ 218,900	14-25-COLMENA	30	$ 1,750,905	111240007	$ 18,300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 517.400

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1112400078
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ANA SOFIA ESCOBAR BARONA
CIUDAD&MUNICIPIO:	YOTOCO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	YOTOCO	TELÉFONO:	2524158
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4647364736	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/03/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9996106990

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 261.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 261.500	$ 0	$ 261.500
SUBTOTALES:										$ 261.500	$ 0	$ 261.500

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	$ 204.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 204.300	$ 0	$ 0	$ 204.300
SUBTOTALES:													$ 204.300	$ 0	$ 0	$ 204.300

Planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACION	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	$ 17.100	$ 17.100	$ 0	$ 0	$ 17.100
SUBTOTALES:									$ 17.100	$ 0	$ 0	$ 17.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE											NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
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	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD								ARP									CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											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	TOTAL APORTE
1	CC 1112400078	ESCOBAR BARONA ANA SOFIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.750.909				NO	03																	25-14 COLPENSIONES	28	$ 1.634.178	$ 261.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 261.500	EPS018-S.O.S.	28	$ 1.634.178	$ 204.300	$ 0	$ 204.300	14-25-COLMENA	28	$ 1.634.178	111240007	$ 17.100	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 482.900

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1112400076
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA SOFIA ESCOBAR BARONA
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOTOCO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	YOTOCO	TELÉFONO:	2524158
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4648065902**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996172894

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
SUBTOTAL:			1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8050011572	EPS018	EPS018-S.O.S.	1	$ 218.900
SUBTOTAL:			1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002261753	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 18.300
SUBTOTAL:			1	**$ 18.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 517.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 517.400**

INFORME PARCIAL 1
CONTRATO
2026-067 DE 2026

OBJETO

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

PERIODO

DEL 17 DE FEBRERO AL 17 DE MARZO DE 2026

Doctora:

YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ

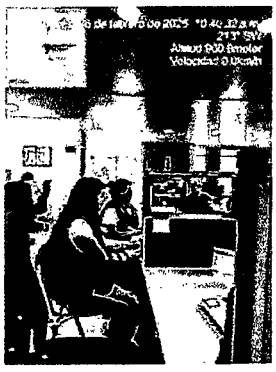
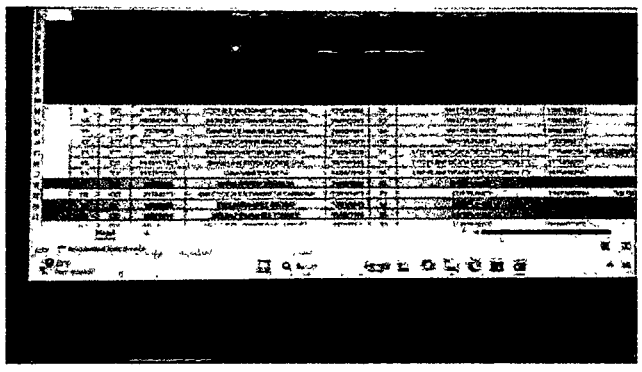
Supervisora Contrato
Sub-directora Científica
Hospital Local Yotoco
Yotoco-Valle

REFERENCIA: PRESENTACIÓN INFORME

Cordial saludo.

Yo, Ana Sofia Escobar Barona, identificado con cedula de ciudadanía No 1112400076 de Yotoco Valle del Cauca, en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No. 2026-067, 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) Participar en la priorización de micro territorios	Durante los meses de febrero y marzo se llevó a cabo un proceso continuo de validación de derechos en el territorio de Media Canoa, con el propósito de verificar la afiliación de los usuarios a sus respectivas EPS y la asignación de las IPS correspondientes. Este proceso permitió confirmar que dichas instituciones estuvieran articuladas con el Hospital Local de Yotoco, garantizando así una adecuada y oportuna prestación de los servicios de salud. La actividad fue desarrollada por nosotras, las promotoras de salud, quienes realizamos la revisión y verificación de la información previamente suministrada por las auxiliares de enfermería y la jefe de enfermería. A

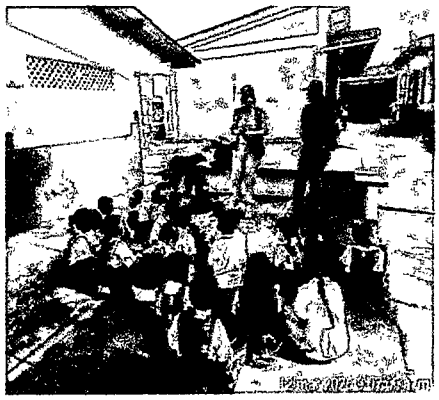
	partir de este análisis, se logró corroborar el estado de afiliación de los usuarios y validar la exactitud de los datos registrados. Este ejercicio contribuyó significativamente a mejorar la organización de la información, fortalecer la articulación entre las entidades de salud y facilitar el acceso oportuno de la comunidad a los servicios requeridos, promoviendo una atención más eficiente y de calidad.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
  	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.	**ACTIVIDAD**
2) Elaboración de cartografía social	Durante los meses de febrero y marzo se realizó nuevamente la verificación del terreno ubicado en el sector de Media Canoa, específicamente en el área de Planes Brisas del Boquerón y sus alrededores. Durante esta visita se efectuó un recorrido detallado con el fin de identificar posibles nuevos usuarios y confirmar que no se hubieran presentado cambios en el área. Una vez finalizada la revisión, no se evidenciaron novedades ni alteraciones en el terreno, el cual se mantiene en las mismas condiciones observadas durante la visita anterior. Este seguimiento permitió garantizar la actualización y confiabilidad de la información del territorio.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	





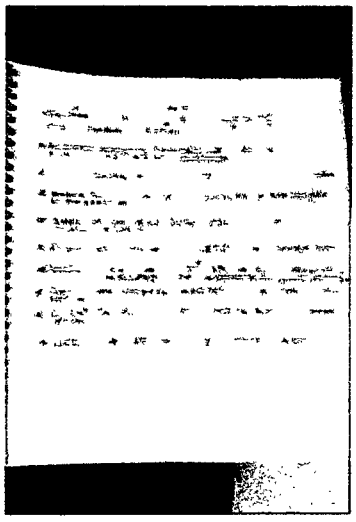


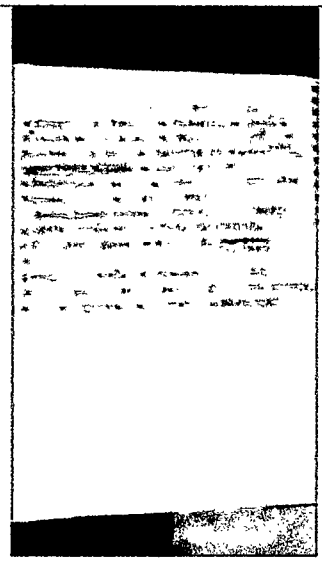
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	ACTIVIDAD
3) Ser el enlace directo entre los EBS y la comunidad.	Durante este periodo se estableció un contacto formal y sistemático con los niños de la sede Antonia Santos. En este contexto, se desarrolló una actividad dirigida a los estudiantes de transición y primero, con el acompañamiento de la psicóloga, enfocada en el reconocimiento de las emociones y en el aprendizaje de estrategias para su adecuada gestión. La actividad permitió generar un espacio participativo en el que los niños pudieron identificar, expresar y comprender sus emociones, promoviendo habilidades socioemocionales fundamentales para su desarrollo integral y fortaleciendo su bienestar emocional en el entorno escolar
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	





OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	ACTIVIDAD
4) Apoyar el relacionamiento inicial entre los EBS y la comunidad	En el marco del proyecto de salud mental, y en articulación con los talleres que se han venido desarrollando, como promotora de los Equipos Básicos de Salud (EBS) se proyecta el trabajo con 22 familias de los 55 niños que participaron en los talleres dirigidos a los grados de primero y transición. Esta intervención se desarrollará a través de los talleres de familia denominados *"Tejiendo amor en familia"*, orientados al fortalecimiento de los vínculos familiares, la promoción de entornos protectores y el bienestar emocional. Desde el rol de las EBS, se busca acompañar de manera cercana a las familias, brindando herramientas que favorezcan la comunicación, el manejo de emociones y la crianza positiva, contribuyendo así al desarrollo integral de los niños y al fortalecimiento de la salud mental en la comunidad
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	





OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 5.	ACTIVIDAD
5) Fortalecer el análisis de los determinantes sociales del bienestar	En el territorio de Media Canoa y sus alrededores, es fundamental fortalecer el análisis de los determinantes sociales del bienestar, ya que estos influyen directamente en la calidad de vida de la población. Este proceso permite identificar factores como el acceso a salud, educación, vivienda y condiciones económicas, facilitando la comprensión de las necesidades reales de la comunidad. A través del trabajo articulado con el equipo de salud y la participación comunitaria, se pueden reconocer riesgos y potencialidades del territorio, orientando acciones más efectivas. De esta manera, se promueve una atención más integral y se contribuye al mejoramiento del bienestar y la equidad en la población.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
Evidencia:	



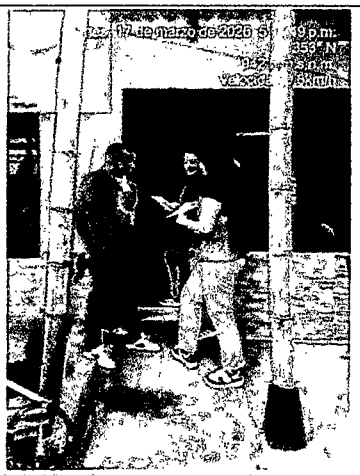



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	ACTIVIDAD
6) Identificar tempranamente situaciones de riesgos en salud	En el transcurso de este periodo se llevó a cabo una jornada de promoción y prevención enfocada en el cáncer de cuello uterino, orientada a sensibilizar a las mujeres sobre la importancia de la citología como herramienta para la detección temprana de alteraciones y la disminución de complicaciones asociadas a esta enfermedad. Como resultado, se buscó fortalecer la confianza en los servicios de salud, incentivar la adherencia a las actividades de tamizaje y promover una mayor participación en los programas de prevención, contribuyendo así a la protección y mejoramiento de la salud femenina en la comunidad.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	

Evidencia:







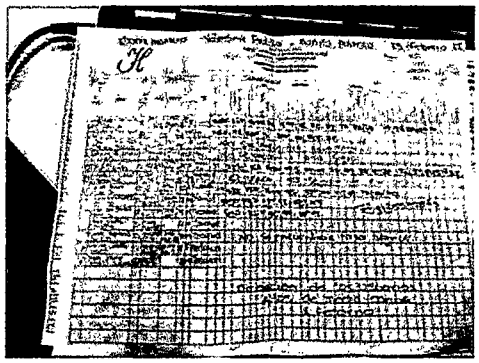
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7.	ACTIVIDAD
7) Fortalecer las actividades de información, educación y canalización	Durante los meses de febrero y marzo se llevaron a cabo actividades informativas orientadas a dar a conocer el trabajo que realiza el equipo básico de salud en esta zona, con el fin de fortalecer el vínculo con la comunidad y mejorar la participación en las acciones programadas. En este proceso, se incentivó a la población a difundir la información mediante el voz a voz, como una estrategia clave para ampliar la cobertura y llegar a más hogares. Asimismo, se brindó educación sobre la importancia de asistir a los controles periódicos, cumplir con los esquemas de vacunación y participar activamente en cada una de las actividades a las que son convocados. Estas acciones permitieron fortalecer la cultura del autocuidado, mejorar el acceso a los servicios de salud y promover una mayor adherencia de la comunidad a las estrategias de promoción y mantenimiento de la salud
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
Evidencia:	



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 8.	ACTIVIDAD
8) Realicen seguimiento familiar al PCIP	Durante este periodo se realizaron múltiples llamadas telefónicas a la población, con el objetivo de dar seguimiento a los usuarios y coordinar la toma de paraclínicos programados por el equipo básico en el territorio. Estas acciones permitieron mantener un contacto directo y constante con la comunidad, facilitando la organización y el cumplimiento de las actividades en salud. Asimismo, se brindó información oportuna sobre las fechas de las citas asignadas, reforzando la importancia de asistir puntualmente a las consultas. Se hizo especial énfasis en la sensibilización de adultos, jóvenes y adolescentes, siendo estos últimos uno de los grupos con mayor resistencia a participar en este tipo de actividades. A través de estas estrategias se buscó mejorar la adherencia a los servicios de salud, promover el autocuidado y garantizar la continuidad en los procesos de atención, contribuyendo así a una mejor calidad de vida en la población
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	

Evidencia:







ANA SOFIA ESCOBAR BARONA
- CC: 1112400076
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. **DSHY1229**

18764078397051

CUDS:83f37f8a65af9be9c196565a28e5dedc27060280947093501006 75a21f9f5b68b79f4f9c0017716314388e057a95ee65

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	ESCOBAR BARONA ANA SOFIA
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	1112400076
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	PICAPIEDRA
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3102431193
Ciudad:	YOTOCO	**Ciudad:**	YOTOCO
País:	Colombia	**País:**	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
20/03/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	20/04/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
20/03/2026 12:17:37	20/03/2026 12:18:02		

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 DURANTE EL MES DE FEBRERO - MARZO	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 DURANTE EL MES DE FEBRERO - MARZO

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: 2026-03-20 12: 17:37 - Fecha Validación Dian: 2026-03-2012:18:02

© 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:
ANA SOFIA ESCOBAR BARONA
CC 1112400076 de YOTOCO

LA SUMA DE: DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000=)

POR CONCEPTO DE:

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

OBJETO:

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

Yotoco, 20 de Marzo del 2026

Consignar cuenta DAVIVIENDA, Número de cuenta: 488456377610

Firma: _____
ANA SOFIA ESCOBAR BARONA
C.C.1112400076
Teléfono: 3177987261
Dirección: KM6 VIA BUGA-BUENAVENTURA
Correo: sofibarona2007@gail.com
Código CIIU: 8220

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 $_____.

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: _____

ANA SOFIA ESCOBAR BARONA
C.C. 1112400076
Teléfono: 3177987261
Dirección: KM 6 VIA BUGA-BUENAVENTURA
Correo: sofibarona2007@gmail.com
Código CIIU: 8220

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	ANA SOFIA ESCOBAR BARONA	**Estado Proceso**	Pagado
Nº Proceso de Pago	54081645		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400049677		
Fecha de Creacion	24/03/2026	**Fecha de Pago**	24/03/2026 11:38
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
1112400076	ANA SOFIA ESCOBAR BARONA	0000008903091156	Ahorros	488456377610	DAVIVIENDA	$ 1.980.000,00	Pago Exitoso	