ACTA DE SUPERVISION No. 02 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 18 DE MARZO AL 22 ABRIL DE 2026 FECHA DEL INFORME: 22/04/2026						
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO						
No. Contrato o convenio:	2026-073					
Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD (EBS) DEL MUNICIPIO DE YOTOCO, VALLE DEL CAUCA.					
Clase de Contrato o convenio:	SERVICIOS PROFESIONALES					
No. de Registro Presupuestal:	N 20260119					
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.	66%					
Nombre del contratista:	AIDA LUZ VALENCIA OSSA					
CC / Nit:	C.C. No. 29 951 859					
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ					
Cargo del Supervisor:	Subdirectora 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) Brindar apoyo administrativo en el funcionamiento y operación del proyecto de Equipos Básicos de Salud (EBS)

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante la ejecución del contrato se brinda apoyo administrativo permanente para el adecuado desarrollo del Programa de Equipos Básicos de Salud (EBS). Este acompañamiento incluye la organización, el registro y el seguimiento de las actividades en campo, así como la coordinación de reuniones técnicas y el diligenciamiento oportuno de los informes operativos requeridos por el programa. Estas labores abarcan la gestión, verificación y archivo de la documentación administrativa, la consolidación de la información proveniente de los distintos microterritorios y el apoyo en la planificación, control y seguimiento de las actividades programadas, garantizando la trazabilidad de los procesos y el cumplimiento de los procedimientos institucionales. Asimismo, se asegura la atención oportuna y eficaz de los requerimientos administrativos, facilitando la comunicación entre los equipos de trabajo y las áreas de apoyo del Hospital Local del municipio de Yotoco. Este acompañamiento continuo contribuye al fortalecimiento de la operatividad del programa, a la optimización de los tiempos de respuesta y al cumplimiento de los objetivos estratégicos en salud pública y atención primaria en el territorio.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
 

2) . Apoyar la gestión documental y administrativa de los programas EBS

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se genera, organiza y archiva de manera sistemática la documentación física y digital correspondiente a las actividades ejecutadas por los Equipos Básicos de Salud (EBS), garantizando su adecuada clasificación, registro preciso y conservación conforme a los lineamientos institucionales. Asimismo, se mantienen actualizados los registros administrativos, los listados de beneficiarios y los formatos de control interno, asegurando la consistencia, trazabilidad y veracidad de la información reportada. Estas acciones permiten optimizar la gestión documental del programa y facilitan los procesos de seguimiento, supervisión y auditoría. Toda la documentación se entrega dentro de los plazos establecidos al supervisor del contrato, cumpliendo estrictamente con las políticas institucionales y los procedimientos de archivo definidos por el Hospital Local del municipio de Yotoco.
Evidencia:  

3) Apoyar en la planeación y desarrollo de eventos, reuniones y actividades del programa

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se brinda acompañamiento activo en la planificación, organización logística y citación de las reuniones mensuales de seguimiento de los Equipos Básicos de Salud (EBS), garantizando el cumplimiento del cronograma establecido y la participación efectiva del equipo interdisciplinario. De igual manera, se participa en la preparación y desarrollo de las jornadas de promoción y prevención en zonas rurales y urbanas, apoyando en la adecuación de espacios, administración de recursos operativos y soporte técnico para la ejecución de actividades comunitarias. Para cada jornada y reunión se redactan actas, listados de asistencia y material técnico o educativo, asegurando el registro adecuado de los procesos y la trazabilidad de las acciones implementadas. Estas actividades fortalecen la coordinación operativa del programa y garantizan la continuidad de las estrategias institucionales orientadas al mejoramiento de la salud de la población.
Evidencia  

4) Apoyar la atención a usuarios y beneficiarios del programa EBS

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se brinda atención integral, amable y oportuna a los usuarios del programa, proporcionando orientación personalizada en la gestión de servicios de salud, recolección y validación de información, y apoyo en procesos de Atención Primaria en Salud (APS). Asimismo, durante la jornada del sábado se atiende a los usuarios mediante agenda establecida, brindando orientación, verificación de información y resolución de inquietudes. Estas acciones favorecen el acceso oportuno a los servicios del Hospital Local del municipio de Yotoco, apoyan la asignación de citas y promueven la participación comunitaria en actividades de promoción y prevención. Durante todo el proceso se garantiza el trato digno, el respeto y la confidencialidad, conforme a la normativa vigente.
Evidencia

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
  

5) Apoyar en los procesos de facturación y control administrativo del programa

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se realiza la facturación de usuarios de diferentes entidades, con el fin de registrar, validar y consolidar las atenciones derivadas de los tamizajes y agendamientos efectuados por los Equipos Básicos de Salud (EBS). Esta actividad asegura la coherencia entre la información reportada, los servicios prestados y los registros institucionales, garantizando la trazabilidad y el cumplimiento de los lineamientos administrativos. Asimismo, fortalece la gestión operativa y financiera del programa.
Evidencia

	EMSSANAR	SOS	NUEVA EPS
USUARIOS	44	43	22

6) Cumplimiento del Sistema de Seguridad Social

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se realiza el pago mensual de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales), conforme a la normativa vigente (Decreto 1273 de 2018). Cada comprobante de pago se adjunta a los informes mensuales, garantizando transparencia y soporte administrativo. Estos documentos son verificados y aprobados por la supervisión contractual.

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:	**COLMENA**	**Nivel de Riesgo**	I		II	X		

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	817089	102200	130800	20000	9501367159
MARZO	1750905	218900	280200	42700	9501728568
ABRIL	1752905	218900	280200	42700	9503318026
Totales	**N/A**	540000	691200	105400	**N/A**

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	**113361844**	Banco:	BOGOTA	Tipo de cuenta	AHORROS
FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)					
CUENTA DE COBRO No. 1					

AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES

Número de registro presupuestal	**Rubro**	**Valor**
20260119		$7.500.000
TOTAL		

ITEM	**VALOR EN PESOS**
Valor Inicial del contrato	$7.500.000
Valor Adiciones o reducciones	$0
Valor Total del contrato	$7.500.000
Valor pagado	$0
Valor a pagar	$5.000.000
SALDO	$2.500.000

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. 2026-073 certifico que el/la contratista AIDA LUZ VALENCIA OSSA 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 Dos Millones de pesos M/CTE, (2.500.000.00)

Yani Lorena Robles Ramírez
Supervisora de contrato
Subdiretora científica

Proyectó y Elaboro: Yani Lorena Robles Ramírez - Supervisora
Revisó: Mario Echeverry Álvarez -Asesor jurídico.
Aprobó: Vivian Lorena Marulanda - Gerente

aportes en línea

Planilla Resumen

A PLANIL
SADA PL
MILLA PA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 29951859		AIDA LUZ VALENCIA OSSA	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 6 # 8 02	YOTOCO-VALLE	2524979	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	238916287	9503318026	I	2026/05/15	2026/04/20	NEQUI	0	$541,800

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		$42,700		$0	$0		$541,800
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Ciudad: YOTOCO Depto: VALLE (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC	29951859	VALENCIA AIDA																	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS018	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-25	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	Afiliados(1)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

INFORME PARCIAL 1
CONTRATO
2026-073 DE 2026

OBJETO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD (EBS) DEL MUNICIPIO DE YOTOCO, VALLE DEL CAUCA .

PERIODO

DEL 18 DE MARZO AL 22 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, Aida Luz Valencia Ossa identificado con cedula de ciudadanía No 29951859 de Yotoco Valle del Cauca, en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No.2026-073 atentamente presento el informe parcial I de las actividades desarrolladas de acuerdo con las obligaciones señaladas en el contrato, de la siguiente manera:

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 1.	ACTIVIDAD

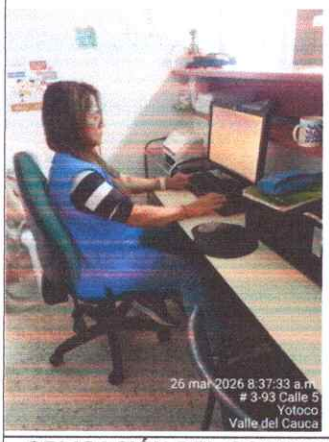
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

Durante la ejecución del contrato se brinda apoyo administrativo permanente para el adecuado desarrollo del Programa de Equipos Básicos de Salud (EBS). Este acompañamiento incluye la organización, el registro y el seguimiento de las actividades en campo, así como la coordinación de reuniones técnicas y el diligenciamiento oportuno de los informes operativos requeridos por el programa.

Estas labores abarcan la gestión, verificación y archivo de la documentación administrativa, la consolidación de la información proveniente de los distintos microterritorios y el apoyo en la planificación, control y seguimiento de las actividades programadas, garantizando la trazabilidad de los procesos y el cumplimiento de los procedimientos institucionales.

Asimismo, se asegura la atención oportuna y eficaz de los requerimientos administrativos, facilitando la comunicación entre los equipos de trabajo y las áreas de apoyo del Hospital Local del municipio de Yotoco. Este acompañamiento continuo contribuye al fortalecimiento de la operatividad del programa, a la optimización de los tiempos de respuesta y al cumplimiento de los objetivos estratégicos en salud pública y atención primaria en el territorio.

Evidencia:







OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.	

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

Se genera, organiza y archiva de manera sistemática la documentación física y digital correspondiente a las actividades ejecutadas por los Equipos Básicos de Salud (EBS), garantizando su adecuada clasificación, registro preciso y conservación conforme a los lineamientos institucionales.

Asimismo, se mantienen actualizados los registros administrativos, los listados de beneficiarios y los formatos de control interno, asegurando la consistencia, trazabilidad y veracidad de la información reportada. Estas acciones permiten optimizar la gestión documental del programa y facilitan los procesos de seguimiento, supervisión y auditoría.

Toda la documentación se entrega dentro de los plazos establecidos al supervisor del contrato, cumpliendo estrictamente con las políticas institucionales y los procedimientos de archivo definidos por el Hospital Local del municipio de Yotoco.





OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

Se brinda acompañamiento activo en la planificación, organización logística y citación de las reuniones mensuales de seguimiento de los Equipos Básicos de Salud (EBS), garantizando el cumplimiento del cronograma establecido y la participación efectiva de los integrantes del equipo interdisciplinario.

De igual manera, se participa en la preparación y desarrollo de las jornadas de promoción y prevención realizadas en zonas rurales y urbanas, apoyando en la adecuación de los espacios, la administración de recursos operativos y el apoyo técnico requerido para la ejecución de las actividades comunitarias.

Para cada jornada y reunión se redactan actas, listados de asistencia y material técnico o educativo, asegurando el registro adecuado de los procesos y la trazabilidad de las acciones implementadas. Estas actividades fortalecen la coordinación operativa del programa y garantizan la continuidad de las estrategias institucionales orientadas al mejoramiento del bienestar y las condiciones de salud de la población.





OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

Se brinda atención integral, amable y oportuna a los usuarios y beneficiarios del programa, proporcionando orientación personalizada en la gestión de servicios de salud, en la recolección y validación de información y en el apoyo durante los procesos de Atención Primaria en Salud (APS).

Asimismo, durante la jornada programada del sábado se atiende a los usuarios mediante agenda establecida, brindando orientación en servicios de salud, apoyo en la verificación de información y resolución de inquietudes relacionadas con las actividades del programa.

Estas intervenciones favorecen el acceso oportuno y efectivo a los servicios ofrecidos por el Hospital Local del municipio de Yotoco, brindando respuesta a inquietudes, apoyando la asignación de citas y promoviendo la vinculación de la comunidad a las actividades de promoción y prevención.

Durante todo el proceso de atención se garantiza el cumplimiento de los principios de trato digno, respeto y confidencialidad, en concordancia con las políticas institucionales y con la normativa vigente en materia de protección de datos personales y derechos de los usuarios.



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 5.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD
Se realiza la facturación de los usuarios pertenecientes a las diferentes entidades, con el propósito de registrar, validar y consolidar las atenciones derivadas de los tamizajes y agendamientos efectuados por los Equipos Básicos de Salud (EBS). Esta actividad asegura la coherencia entre la información reportada, los servicios efectivamente prestados y los registros de facturación institucional, garantizando el cumplimiento de los lineamientos administrativos y la adecuada trazabilidad de los procesos. Asimismo, contribuye al fortalecimiento de la gestión operativa y financiera del programa, optimizando la articulación entre las acciones desarrolladas en campo y los procedimientos administrativos del Hospital Local del Municipio de Yotoco.

	EMSSANAR	SOS	NUEVA EPS
USUARIOS	44	43	22

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD
Se realiza el pago mensual de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, correspondientes a salud, pensión y riesgos laborales, en cumplimiento de la normativa vigente, especialmente lo establecido en el Decreto 1273 de 2018. Cada comprobante de pago se adjunta debidamente a los informes mensuales de actividades, garantizando la transparencia, trazabilidad y respaldo administrativo del contrato. Estos documentos son verificados y aprobados por la supervisión contractual, asegurando el cumplimiento de las obligaciones legales y contractuales establecidas.

Aida Luz Valencia Ossa
- CC: 29951859
Contratista

HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO
E.S.E.
NIT. 890309115 - 6
CALLE 5 # 4 - 25
2524979
YOTOCO - VALLE DEL CAUCA

DOCUMENTO SORORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

No. **DSHY1302**

18764078397051

CUDS:7825937b87bee47e3fa61239c30e9d1622463a273765542963d03b1d6cecb859058cf9596e4428c2ac4439a4b819d410

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	VALENCIA OSSA AIDA LUZ
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	29951859
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	CRA 7 7-46
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3127057560
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 03:05:56	22/04/2026 03:06:26		

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO EN EL MARCO DE LA EJECUCION PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DE MARZO - ABRIL	1	UNIDAD	$2,500,000	$2,500,000

TOTAL ÍTEMS: 1

VALORES EN LETRA: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS

OBSERVACIONES:
PRESTACION DE SERVICIOS COMO SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO EN EL MARCO DE LA EJECUCION PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DE MARZO - ABRIL

SUBTOTAL	$2,500,000.00
TOTAL RETENCIONES	$0.00
TOTAL	$2,500,000.00

Fecha de recibido:
Nombre:
Identificación:
Firma:

RECIBIDO CONFORME FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: BTW S.A.S. NIT 900665411 - INFORMACIÓN FACTURACIÓN ERP:

Línea de negocio:
Fecha Generación Erp: 2026-04-22 03: 05:56 - Fecha Validación Dian: 2026-04-2203:06:26

© 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:
Aida Luz Valencia Ossa
CC 29951859 de Yotoco

LA SUMA DE: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/C ($2.500,000)

POR CONCEPTO DE:

APOYO ADMINSITRATIVO EN FACTURACION PARA EQUIPOS

-BASICOS

OBJETO:

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO EN EL MARCO DE LA EJECUCION DEL PROYECTO DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD (EBS) DEL MUNICIPIO DE YOTOCO, VALLE DEL CAUCA.EN EL HOSPITAL LOCAL DE YOTOCO.E.S.E.E.

Yotoco, de Abril 22 de 2026

Consignar cuenta Banco de Bogotá, Número de cuenta: 113361844

Firma: _____
Aida Luz Valencia Ossa
C.C. 29951859
Teléfono: 3127057560
Dirección: Calle 6#8-02
Correo: aidavalencia29@hotmail.com
Código CIIU: 8211

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 declarant 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:

☐ Tomaré costos y deducciones asociados a los ingresos derivados del presente contrato
X☐ 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: _____
Aida Luz Valencia OSSA
C.C. 29951859
Teléfono: 3127057560
Dirección: Calle 6 #8-02
Correo: aidavalencia29@hotmail.com
Codigo CIIU:8211

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	AIDA LUZ VALENCIA OSSA	**Estado Proceso**	Pendiente de Respuesta
Nº Proceso de Pago	54337886		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400049677		
Fecha de Creacion	23/04/2026	**Fecha de Pago**	23/04/2026 17:02
Total de Registros	1	**Monto Total**	$ 2.475.000,00
Registros Ingresados	1	**Monto Ingresado**	$ 2.475.000,00

Detalle de Pagos

Nit Destino	Nombre Destino	Referencia	Tipo Producto o Servicio Destino	Producto o Servicio Destino	Entidad Destino	Valor	Estado	Motivo Rechazo
29951859	AIDA LUZ VALENCIA OSSA	0000008903091156	Ahorros	113361844	BOGOTA	$ 2.475.000,00	Pendiente de Respuesta	