CUENTA DE COBRO

HOSPITAL LOCAL DE YOTOCO E.S.E.
NIT 890.309.115-6

DEBE A:
DANIELA ARBOLEDA GALLEGO
CC 1.114.456.392 de YOTOCO

LA SUMA DE: DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL M/C ($2.600.000,00)

POR CONCEPTO DE:

Plan de intervenciones colectivas 2026 cuenta de cobro por el mes de abril.

OBJETO:

Prestación de servicios como auxiliar de enfermería en apoyo del cumplimiento de las actividades del plan de intervenciones colectivas (PIC), de acuerdo a la necesidad de la ESE Hospital Local De Yotoco.

Yotoco, 13 de mayo de 2026

Consignar cuenta Davivienda, Número de cuenta: 488413039022

Firma: Daniela Arboleda Gallego
Daniela Arboleda Gallego
C.C. 1.114.456.392
Teléfono: 3188449661
Dirección: Cra 4 # 4-22
Correo: Daarga9442@gmail.com
Código CIIU: 8692

Me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que de acuerdo con el Artículo 329 del E.T. Mis ingresos por mi actividad como trabajador independiente corresponden al 80% del total de mis ingresos. Aplicar retención Art. 383 E.T. Dcto 099 de 2013.

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. **DSHY1341**

18764078397051

CUDS:06831fe904503b2b40edfd9f8227bad3374e0c92b772b906a88b9047c29bd92ae5f98178da13effbdf16196ac92d6378

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	ARBOLEDA GALLEGO DANIELA
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	1114456392
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	CR 4 1 61
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3188449667
Ciudad:	YOTOCO	**Ciudad:**	YOTOCO
País:	Colombia	**País:**	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
13/05/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	13/06/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
13/05/2026 05:33:37	13/05/2026 05:34:03		

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DE ACUERDO A LA DEMANDA Y NECESIDADES DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DE ABRIL	1	UNIDAD	$2,600,000	$2,600,000

TOTAL ÍTEMS: 1

VALORES EN LETRA: DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS

OBSERVACIONES:
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DE ACUERDO A LA DEMANDA Y NECESIDADES DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DE ABRIL

SUBTOTAL	$2,600,000.00
TOTAL RETENCIONES	$0.00
TOTAL	$2,600,000.00

Fecha de recibido:
Nombre:
Identificación:
Firma:

RECIBIDO CONFORME FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: BTW S.A.S. NIT 900666411 - INFORMACIÓN FACTURACIÓN ERP:

Linea de negocio:
Fecha Generación Erp: 2026-05-13 05: 33:37 - Fecha Validación Dian: 2026-05-1305:34:03

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1114456392
ZÓN SOCIAL:			DANIELA ARBOLEDA GALLEGO
CIPIO:	YOTOCO	DEPARTAMENTO:	VALLE
	CRA 18 # 3A-1	TELÉFONO:	2524158
NTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
A:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
ESENTACIÓN:	ÚNICO		
XONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			6014631437	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):			2026/05/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	302198218

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
									$ 280.200	$ 0	$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS018-S.O.S.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
												$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD EP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD EP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
								$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
ARBOLEDA GALLEGO DANIELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	01															

SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS018-S.O.S.	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900

ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	1114456639	$ 42.700

PARAFISCALES DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

ACTA DE SUPERVISION No. 1

CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL FECHA DEL INFORME: ABRIL

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO							
No. Contrato o convenio:	2026-088						
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, EN APOYO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC), DE ACUERDO A LA NECESIDAD DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO.						
Clase de Contrato o convenio:	SERVICIOS PROFESIONALES						
No. de Registro Presupuestal:	20260158						
Fecha Inicio:	1 DE ABRIL DE 2026						
Fecha Terminación:	30 DE DICIEMBRE DE 2026						
El contrato cuenta con prorroga	Si		No	X	**Fecha de terminación incluyendo prorroga**		
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución en este periodo.	11,11%						
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	11,11%						
Nombre del contratista:	DANIELA ARBOLEDA GALLEGO						
CC / Nit:	1114456392						
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	YANI LORENA ROBLES RAMIREZ						
Cargo del Supervisor:	SUBDIRECTORA CIENTIFICA						

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) Apoyo en talleres de la dimensión de salud ambiental.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el desarrollo del proyecto, se realizó la planeación de las actividades de esta dimensión mediante la elaboración del cronograma y el cuadro de ejecución, lo que permitió organizar las acciones, tiempos y responsables para el cumplimiento de los objetivos. **Se anexa informe más detallado en cd para una mejor comprensión de la información presentada**

4) Apoyo en talleres de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el desarrollo del proyecto, se realizó la planeación de las actividades de esta dimensión mediante la elaboración del cronograma y el cuadro de ejecución, lo que permitió organizar las acciones, tiempos y responsables para el cumplimiento de los objetivos. **Se anexa informe más detallado en cd para una mejor comprensión de la información presentada**
EVIDENCIA: 

5) Apoyo en talleres de la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Para el mes de abril se realizó la ejecución de la metodología a trabajar durante el periodo del contrato, así mismo como la elaboración del folleto a entregar sobre: • Cancer de mama y cuello uterino. **Se anexa informe más detallado en cd para una mejor comprensión de la información presentada ,**
EVIDENCIA: 

6) Apoyo en talleres de la dimensión vida saludable y enfermedades trasmisibles

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
El día 22 de abril del 2026, se realizó monitoreo rápido de vacunación en el Barrio la Inmaculada del municipio de Yotoco, en este se tuvieron en cuenta los lineamientos estipulados por el Departamento en el que se captaron un total de 20 niños distribuidos de la siguiente manera: • 0 a 11 meses: 4 niños • 1 año: 4 niños • 2 años: 3 niños • 3 años: 3 niños • 4 años: 3 niños

(El cuadro de verificación de pagos a la seguridad social y aportes parafiscales, no aplica para persona jurídica o persona natural con establecimiento de comercio, a cambio se debe anexar certificación expedida por el revisor fiscal, cuando esté obligado de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el representante legal el cual no debe ser inferior a los seis (6) meses anteriores a la celebración del contrato. En el evento en que la sociedad no tenga más de seis (6) meses de constituida, deberá acreditar los pagos a partir de la fecha de su constitución).

VERIFICACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES											
Fondo de pensiones:	**PORVENIR**										
EPS:	**S.O.S**										
ARL:	**SURA**				**Nivel de Riesgo**	**I I I**	**X**	**I I**		**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)**	
ABRIL	**1.750.905**	**218.900**	**280.200**	**42.700**	6014631437
Totales	**1.750.905**	**218.900**	**280.200**	**42.700**	

VERIFICACIÓN - EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	**488413039022**	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de cuenta	AHORROS
FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)					
CUENTA DE COBRO No. 1					

AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES		
Número de registro presupuestal	**Rubro**	**Valor**
20260159		$23.400.000

TOTAL	
ITEM	**VALOR EN PESOS**
Valor Inicial del contrato	$23.400.000
Valor Adiciones o reducciones	

Hospital Local del Municipio de Yotoco
Empresa Social del Estado
Nit. 890.309.115-6

ACTA DE SUPERVISION 001

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. 088-2026

CIUDAD Y FECHA:	YOTOCO ABRIL 01 DE 2026
CONTRATO No:	088-2025
CONTRATISTA:	DANIELA ARBOLEDA GALLEGO
C.C. O NIT:	**1.114.456.392**
SUPERVISOR:	YANI LORENA ROBLES RAMIREZ
PLAZO:	NUEVA (9) MESES
FECHA DE SUPERVISIÓN:	MAYO 13 DE 2026

ASPECTOS FAVORABLES

Hoy, 13 de mayo 2026 ,me reuni en el area de la subdireccion cientiifca,con el fin de supervisar la entrega de los informes correspondientes a la actividades realizadas por el contratista y así verificar el cumplimiento del objeto contractual, evidenciando que se está cumpliendo lo establecido en dicho contrato.

ASPECTOS DESFAVORABLES

Durante el desarrollo del presente contrato no se evidencio ningún aspecto desfavorable.

REQUERIMIENTOS A LOS ASPECTOS NO FAVORABLES

Ninguno

VERIFICACION DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

El contratista presenta adjunto a su cuenta de cobro, fotocopia de la planilla de pago de seguridad social donde se encuentra incluido el concepto de salud, pensión y riesgos profesionales.

ANEXOS

1. Fotocopia del pago de la seguridad social.
2. Cuenta de cobro y/o factura
3. Informe de actividades

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES SUPERVISADAS

1- Prestar servicios como auxiliar de enfermeria ,en apoyo a las actividades del PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC),de acuerdo a la necesidad de la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE YOTOCO.

DAVIVIENDA

HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E S E
Proceso de Pago

Encabezado Proceso de Pago

Nombre Proceso de Pago	DANIELA ARBOLEDA GALLEGO	**Estado Proceso**	Pagado
Nº Proceso de Pago	54524045		
Origen de los Fondos	CORPORATIVA SIN SOBREGIRO - 560012469997006		
Fecha de Creacion	15/05/2026	**Fecha de Pago**	15/05/2026 11:05
Total de Registros	1	**Monto Total**	$ 2.574.000,00
Registros Ingresados	1	**Monto Ingresado**	$ 2.574.000,00

Detalle de Pagos

Nit Destino	Nombre Destino	Referencia	Tipo Producto o Servicio Destino	Producto o Servicio Destino	Entidad Destino	Valor	Estado	Motivo Rechazo
1114456392	DANIELA ARBOLEDA GALLEGO	0000008903091156	Ahorros	488413039022	DAVIVIENDA	$ 2.574.000,00	Pago Exitoso	

HOSPITAL LOCAL MUNICIO DE YOTOCO E.S.E.

DANIELA ARBOLEDA GALLEGO CC 1.114.456.392

CTA AHORROS DAVIVIENDA 055-048-841-303-902-2

FECHA	No. FACT.	SUBTOTAL	IVA 19%	TOTAL	ESTAMPILLA PRO DEPORTE 2.5%	ESTAMPILLA PRO CULTURA 1%	ESTAMPILLA 1%	TOTAL A PAGAR
13/05/2026	DSH 1343	$ 2.600.000		$ 2.600.000			$ 26.000	$ 2.574.000
TOTAL POR PAGAR		$ 2.600.000	$ -	$ 2.600.000	$ -	$ -	$ 26.000	$ 2.574.000