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. **DSHY1395**

18764078397051

CUDS:1831c6529715fc0f8958fe1c5ac19bd5a5d4aa2ccaf5d2475c9977dc432ed7c276e9ba3c063165bf61cd2bca2ff83d70

DATOS COMPRADOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.
Tipo Identificación:	NIT
NIT:	890309115
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25
Teléfono:	2524979
Ciudad:	YOTOCO
País:	Colombia

DATOS VENDEDOR:	
Nombre:	ARBOLEDA GALLEGO DANIELA
Tipo Identificación:	NIT
NIT:	1114456392
Dirección:	CR 4 1 61
Teléfono:	3188449667
Ciudad:	YOTOCO
País:	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
02/06/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	02/07/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
02/06/2026 01:03:59	02/06/2026 01:04:30		

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

TOTAL ÍTEMS: 1

VALORES EN LETRA: DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS

OBSERVACIONES:
PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC), DE ACUERDO A LA NECESIDAD DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO, VALLE DEL CAUCA DURANTE EL MES DE MAYO

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 900665411 - INFORMACIÓN FACTURACIÓN ERP:

Línea de negocio:

Fecha Generación Erp: 2026-06-02 01: 03:59 - Fecha Validación Dian: 2026-06-0201:04:30

© 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:
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 mayo.

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, 02 de junio de 2026

Consignar cuenta Davivienda, Número de cuenta: 488413039022

Firma: Daniela Arboleda G.
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.

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: Daniela Arboleda G

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.

ACTA DE SUPERVISION No. 2 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL FECHA DEL INFORME: MAYO						
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					
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
La salud ambiental tiene como objetivos principales prevenir enfermedades relacionadas con el entorno, promover ambientes saludables y sostenibles, proteger los recursos naturales y mejorar la calidad de vida de la población mediante el control de factores

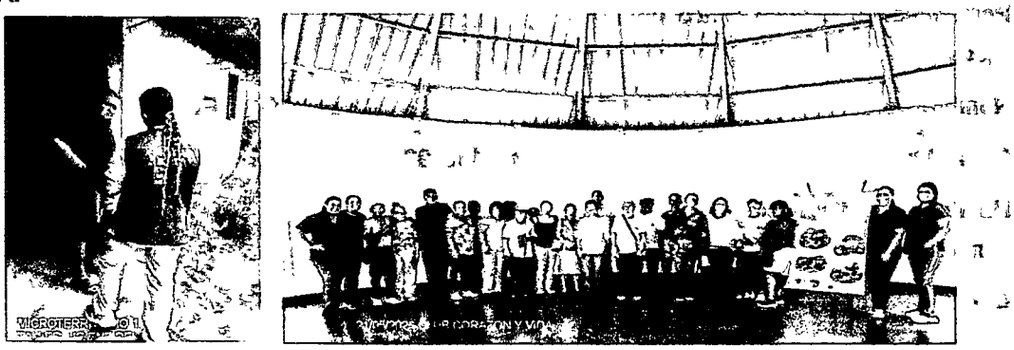
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
ambientales como el agua, el aire y los residuos. Actividad realizada en: Micorterritorio 5-corregimiento el dorado personas impactadas 5.**Se anexa informe más detallado en cd para una mejor comprensión de la información presentada**



2) Apoyo en talleres de la dimensión vida saludable y condiciones no trasmisibles.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se realizaron talleres educativos con los pacientes del programa de riesgo cardiovascular, enfocados en la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, promoviendo hábitos saludables y la prevención de enfermedades. Actividad realizada en: Micorterritorio 1 corregimiento Rayito 3 personas impactadas Microterritorio 6 yotoco 24 personas impactadas **Se anexa informe más detallado en cd para una mejor comprensión de la información presentada**

EVIDENCIA:



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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Esta dimensión tiene como objetivo brindar recomendaciones y tips sobre alimentación balanceada para promover hábitos saludables y mejorar la calidad de vida. Actividad realizada en: Microterritorio 1 Campo alegre 4 personas impactadas. **Se anexa informe más detallado en cd para una mejor comprensión de la información presentada**

EVIDENCIA:

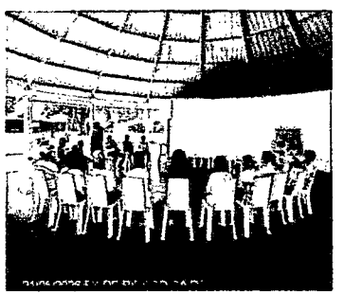





4) Apoyo en talleres de la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
actividad educativa enfocada en la prevención del cáncer de mama y cáncer de cuello uterino. Actividad realizada en: Microterritorio 3 Delirio 5 Personas impactadas -Microterritorio 4 Media canoa 5 Personas impactadas -Microterritorio 6 Yotoco 17 personas impactadas se llevó a cabo una jornada de aplicación de pruebas rápidas para detección de VIH en la Estación de Policía, dirigida a mujeres privadas de la libertad. Microterritorio 6 Yotoco 27 personas impactadas **Se anexa informe más detallado en cd para una mejor comprensión de la información presentada,**
EVIDENCIA:






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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
campaña de prevención del dengue, con el objetivo de sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de tomar medidas preventivas para evitar la propagación del mosquito Aedes aegypti, transmisor del virus del dengue. Actividad realizada en Microterritorio 1 vereda Rayito 4 personas impactadas-Microterritorio 2 vereda Jardin 6 personas impactadas. con el objetivo de fortalecer el conocimiento sobre la importancia de la vacunación como medida de prevención y protección de la salud. Actividad realizada en Microterritorio 3 corregimiento Miravalle 7 personas impactadas- Microterritorio 3 vereda Cordobitas 7 personas impactadas **Se anexa informe más detallado en cd para una mejor comprensión de la información presentada.**

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
EVIDENCIA:   

6) Apoyo en talleres de la dimensión gestión diferencial de población vulnerables

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se anexa informe más detallado en cd para una mejor comprensión de la información presentada.
EVIDENCIA:

7) Cumplir con las demás obligaciones inherentes a la naturaleza del contrato

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
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:	**PORVENIR**										
EPS:	**S.O.S**										
ARL:	**SURA**				**Nivel de Riesgo**	**III**	**X**	**II**		**V**	
Aportes voluntarios pensión	Si		No		Valor	**$ 0**					
Ahorro cuenta AFC: (Adjuntar carta de autorización)	Si		No		Valor	**$ 0**					
Certificación de condición de declarante	Si		No		ADJUNTAR SOPORTE						
Certificado de aportes parafiscales	Si		No		ADJUNTAR SOPORTE						

Periodo pagado	**Ingreso base de cotización - IBC**	**Valor sin intereses de mora**			**Número de Referencia de planilla (s)**
		Aporte a salud	**Aporte a pensión**	**Aporte a ARL (solo aplica para Nivel Riesgo I,II y III)**	
MAYO	**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	
Valor Total del contrato	$23.400.000
Valor pagado	
Valor a pagar	$2.600.000
SALDO	

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.2026-088 certifico que el/la contratista 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 seiscientos mil pesos M/CTE, (2.600.000)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1114456302
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DANIELA ARBOLEDA GALLEGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOTOCO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CRA 1D # 3A-1	TELÉFONO:	2524158
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	1-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de computadoras, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			6019708437	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/06/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			357061179

TOTAL APORTES A PENSIÓN

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

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS01B	EPS01B-S.O.S.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.000	$ 0	$ 0	$ 218.000
SUBTOTALES:													$ 218.000	$ 0	$ 0	$ 218.000

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:									$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																				SALUD								ARP					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	IGE	IRL	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD								ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	Nº DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	Nº DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	Nº DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1114456302	ARBOLEDA GALLEGO DANIELA	1-DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																		230301-PORVENIR	30	1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS01B-S.O.S.	30	1.750.905	$ 218.000	$ 0	$ 218.000	14-11 - ARL SURA	30	1.750.905	111445633	$ 42.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

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

ACTA DE SUPERVISION 002

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:	JUNIO 02 DE 2026

ASPECTOS FAVORABLES

Hoy, 02 de JUNIO 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.

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

ACTA DE SUPERVISION 002

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. 088-2026

INFORME FINANCIERO

VALOR DEL CONTRATO	$ 23.400.000,00
PAGOS REALIZADOS	$ 2.600.000,00
VALOR A PAGAR	$ 2.600.000,00
SALDO DEL CONTRATO	$ 18.200.000,00
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	22,22%

PROCEDENCIA DE PAGO

En virtud de que el contratista cumplió con el objeto de contrato, es procedente realizar el pago de DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.600.000,00)

FIRMAS

Para constancia se firma en el Municipio de Yotoco Valle, a los 02 días de JUNIO del año dos mil veintiseis (2026).

YANI LORENA ROBLES RAMIREZ
Supervisor

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	54676655		
Origen de los Fondos	CORPORATIVA SIN SOBREGIRO - 560012469997006		
Fecha de Creacion	02/06/2026	**Fecha de Pago**	02/06/2026 17:51
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. PTC

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
2/06/2026	DSH 1397	$ 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