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. **DSHY1381**

18764078397051

CUDS:dab92eabd7064ad851664b22e91901d5cd3d5b5bce90d32fac2e0b36079e5d9d032eb04ad79294064d77367b38f8adf8

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	TRUJILLO MARTINEZ FABIO LEON
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	6320698
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	CLL 6 #764
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3152238631
Ciudad:	YOTOCO	**Ciudad:**	GUACARI
País:	Colombia	**País:**	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
29/05/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	29/06/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
29/05/2026 08:38:15	29/05/2026 08:38:52		

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO EN EL MES DE MAYO	1	UNIDAD	$5,800,000	$5,800,000

TOTAL ÍTEMS: 1

VALORES EN LETRA: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS

OBSERVACIONES:
PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO EN EL MES DE MAYO

SUBTOTAL	$5,800,000.00
TOTAL RETENCIONES	$0.00
TOTAL	$5,800,000.00

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: 2026-05-29 08: 38:15 - Fecha Validación Dian: 2026-05-2908:38:52

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

Yotoco, 29 de mayo 2025

Cuenta de cobro

E.S.E HOSPITAL LOCAL DE YOTOCO

NIT: 890.309.115-6

DEBE A:

FABIO LEON TRUJILLO MARTINEZ

C.C 6320698

LA SUMA DE

CINCO MILLONES OCHOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE

($ 5,800,000)

POR CONCEPTO DE

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO EN EL MES DE MAYO DE 2026

SE FIRMA EN YOTOCO VALLE (29) DIAS DEL MES DE MAYO DE 2026

FABIO LEON TRUJILLO MARTINEZ

POR FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA DE AHORROS 488423210894

DEL BANCO DAVIVIENDA

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACIÓN CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-26, 03:17:57 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1081566134

Periodo Cotización: mayo de 2026 **Periodo Servicio:** mayo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824081466

PAGADO 26/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FABIO LEON TRUJILLO MARTINEZ		
Documento	CC6320698	**Dirección**	CL 7 #7 - 7
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2538004
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	GUACARI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 6320698	FABIO LEON TRUJILLO MARTINEZ	57	00																	0	30	30	30	0	(25-16) COLPENSIONES	$ 2.320.000	$ 371.200	(EPS018) S.O.S EPS	$ 2.320.000	$ 290.000	2,436	$ 2.320.000	$ 56.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 717.600

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.320.000	$ 2.320.000	$ 2.320.000	$ 0	$ 371.200	$ 290.000	$ 56.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 717.800	$ 0	$ 717.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ACTA DE SUPERVISION No. 02 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE MAYO DE 2026 FECHA DEL INFORME: 29/05/ 2026						
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO						
No. Contrato o convenio:	**2026-091**					
Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ODONTOLOGO. EN EL HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO, EN EL AREA DE ODONTOLOGIA. MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA					
Clase de Contrato o convenio:	SERVICIOS PROFESIONALES					
No. de Registro Presupuestal:	20260221					
Fecha Inicio:	01/04/2026					
Fecha Terminación:	31/12/2026					
El contrato cuenta con prorroga	Si		No	X	**Fecha de terminación incluyendo prorroga**	
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución en este periodo.	30%					
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	30%					
Nombre del contratista:	FABIO LEON TRUJILLO MARTINEZ					
CC / Nit:	C.C. No 6´320698					
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) Consultas de primera vez en odontología.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Consulta de primera vez por odontología general: Valoración inicial del estado de salud bucal de un paciente que no ha recibido atención previa en odontología general. **(Pacientes de primera vez).** Durante el periodo del mes de abril, se realizaron 91 consultas en pacientes que asistieron a valoración por odontología general, de primera vez o que según resolución 3280, aplican nuevamente por edad a esta consulta, permitiendo la identificación de necesidades básicas de tratamiento y

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
establecimiento de planes de manejo individualizados. **Consulta de primera vez por odontología en maternas:** Valoración odontológica inicial de mujeres gestantes, enfocada en la prevención y tratamiento de patologías bucales durante el embarazo. Se efectuó 7 consulta de primera vez dirigida a paciente gestante, enfocada en la promoción de la salud bucal materno-infantil y la prevención de complicaciones durante el embarazo. Aclarando que ellas son direccionadas por el servicio de prenatal y en donde se les realiza la intervención inmediata. **Consulta de urgencias por odontología general:** Atención inmediata de situaciones odontológicas que requieren intervención rápida, como dolor agudo, infecciones o traumas. Se atendió 1 consulta de urgencia odontológica general, priorizando el manejo inmediato de dolor e infección, con debida formula médica. Para las atenciones de urgencias se cuentan con horarios específicos teniendo en cuenta que hay una agenda de tratamiento ya programada, pero es importante resaltar que se cuenta con prioridad con los pacientes de la zona rural y/o que presenten signos y síntomas notorios y que requieran manejo con antibiótico.
 

2) Exodoncia en dientes permanentes y/o temporales

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Exodoncia de diente permanente unirradicular: Extracción de un diente permanente que presenta una única raíz. Se realizó 2 procedimiento de exodoncia de diente permanente con raíz única, siguiendo los protocolos establecidos para la extracción segura y control del postoperatorio. Teniendo en cuenta todos los antecedentes médicos del paciente y con los elementos de protección personal requeridos. **Exodoncia de diente temporal multirradicular:** Extracción de un diente temporal (en niños, o

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
dientes de leche). Se llevó a cabo 6 exodoncia de diente temporal multirradicular, asegurando la adecuada extracción del diente indicado en odontograma y evitando daños a las estructuras adyacentes. Paciente se atiende en presencia de un adulto, se dan recomendaciones de cuidado. **Exodoncia simple unirradicular:** Se realizaron 2 exodoncias simples de dientes unirradiculares permanentes, con técnica convencional y bajo estrictos criterios de bioseguridad. En cada uno de los casos verificando en odontograma, antecedentes considerables y radiografía periapical o panorámica. **Exodoncia simple multirradicular:** Extracción de un diente permanente con más de una raíz. Se practicaron 7 exodoncias simples de dientes multirradiculares, utilizando técnicas que garantizaron una remoción adecuada y un manejo postquirúrgico efectivo, con recomendaciones específicas, formula médica y signos de alarma.
Evidencia: 

3) Obturaciones en superficies cariadas. Principal y adicional según corresponda

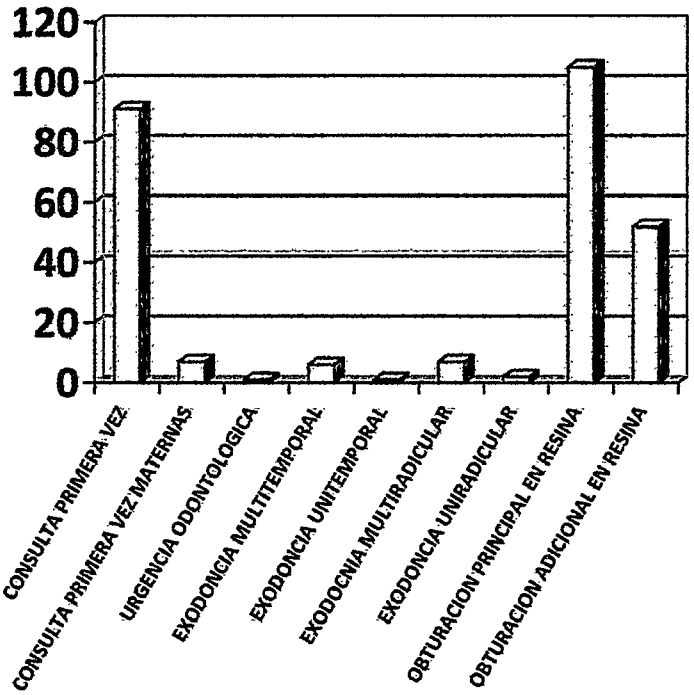
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Obturación de superficie en resina de fotocurado: Restauración principal de superficies afectadas de un diente. Se llevaron a cabo 105 obturaciones en superficies principales mediante resina de fotocurado, contribuyendo a la rehabilitación de piezas dentales afectadas por caries o fracturas. **Obturación de superficie adicional en resina de fotocurado:** Se realizaron 52 obturaciones en superficies adicionales utilizando resina de fotocurado, restaurando la anatomía y función dental, y mejorando la estética bucal.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Obturación de superficie en resina de fotocurado: Restauración principal de superficies afectadas de un diente. Se llevaron a cabo 105 obturaciones en superficies principales mediante resina de fotocurado, contribuyendo a la rehabilitación de piezas dentales afectadas por caries o fracturas. **Obturación de superficie adicional en resina de fotocurado:** Se realizaron 52 obturaciones en superficies adicionales utilizando resina de fotocurado, restaurando la anatomía y función dental, y mejorando la estética bucal.


4) Registro de las actividades diarias, a través de los diferentes formatos.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
• Registro de Cop • Diligenciamiento de Historias clínicas • Evoluciones después de realizar tratamiento • Colaborar con otros profesionales de la salud en el hospital y en la comunidad para abordar los problemas de salud bucal • Ordenar análisis o exámenes necesarios • Demanda inducida. • Realizar remisiones a especialistas.

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:	**SURA**				**Nivel de Riesgo**	**I**		**III**	**X**	**V**	
Aportes voluntarios pensión	Si	X	No		Valor	$371,200					
Ahorro cuenta AFC: (Adjuntar carta de autorización)	Si		No		Valor	$ 0					
Certificación de condición de declarante	Si		No	X	ADJUNTAR SOPORTE						
Certificado de aportes parafiscales	Si		No	X	ADJUNTAR SOPORTE						

Período 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)**	
Mayo	$ 2,320,000	$290,000	$371,200	$ 56,600	1081566134
Totales	$ 2,320,000	$290,000	$371,200	$ 56,600	**N/A**

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	488423210894	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**
20250221		$ 52,200,000
TOTAL		
ITEM		**VALOR EN PESOS**
Valor Inicial del contrato		$ 52,200,000
Valor Adiciones o reducciones		$0
Valor Total del contrato		$ 52,200,000
Valor pagado		$ 11,600,000

Valor a pagar	$ 5,800,000
SALDO	$40,600,000

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. 2026-091 DE 2026 certifico que el/la contratista FABIO LEON TRUJILLO MARTINEZ 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 Seis Millones de Pesos M/CTE, ($5.800.000,00).

Yani Lorena Robles Ramírez
Supervisora de contrato
Sub-directora científica

Proyectó y Elaboro: Yani Lorena Robles Ramírez - Supervisora
Aprobó: Vivian Lorena Marulanda - Gerente

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. 091-2026

CIUDAD Y FECHA:	YOTOCO ABRIL 1 DE 2026
CONTRATO No:	091-2026
CONTRATISTA:	**FABIO LEON TRUJILLO MARTINEZ**
C.C. O NIT:	6.320.698
SUPERVISOR:	YANI LORENA ROBLES RAMIREZ
PLAZO:	NUEVE (09) MESES
FECHA DE SUPERVISIÓN:	29 DE MAYO DE 2026

ASPECTOS FAVORABLES

Hoy,29 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-Mantenimiento predictivo ,preventivo y correctivo de los equipos medicos ,odontologicos y complementarios requeridos por el Hospital Local de Yotoco E.S.E.

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. 091-2026

INFORME FINANCIERO

VALOR DEL CONTRATO	$ 52.200.000,00
PAGOS REALIZADOS	$ 5.800.000,00
VALOR A PAGAR	$ 5.800.000,00
SALDO DEL CONTRATO	$ 40.600.000,00
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 CINCO MILLONES OCHOCIENTOS PESOS M/CTE ($5.800.00,00)

FIRMAS

Para constancia se firma en el Municipio de Yotoco Valle, a los 29 días de Mayo del año dos mil ventiseis (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	FABIO LEON TRUJILLO MARTINEZ	**Estado Proceso**	Pagado
Nº Proceso de Pago	54686901		
Origen de los Fondos	CORPORATIVA SIN SOBREGIRO - 560012469997048		
Fecha de Creacion	04/06/2026	**Fecha de Pago**	04/06/2026 07:50
Total de Registros	1	**Monto Total**	$ 5.307.000,00
Registros Ingresados	1	**Monto Ingresado**	$ 5.307.000,00

Detalle de Pagos

Nit Destino	Nombre Destino	Referencia	Tipo Producto o Servicio Destino	Producto o Servicio Destino	Entidad Destino	Valor	Estado	Motivo Rechazo
6320698	FABIO LEON TRUJILLO MARTINEZ	0000008903091156	Ahorros	488423210894	DAVIVIENDA	$ 5.307.000,00	Pago Exitoso	

HOSPITAL LOCAL MUNICIO DE YOTOCO E.S.E.

FABIO LEON TRUJILLO MARTINEZ CC 6,320,698

CTA BANCARIA BANCO DAVIVIENDA # 488 423 210 894

FECHA	No. FACT.	SUBTOTAL	IVA	TOTAL	Estampillas 1%	ESTAMPILLA 0.5%	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 4%	ESTAMPILLA PRO CULTURA 1%	ESTAMPILLA PRO DEPORTE 2.5%	TOTAL A PAGAR
29/05/2026	DSH1383	$ 5.800.000		$ 5.800.000	$ 58.000		$ 232.000	$ 58.000	$ 145.000	$ 5.307.000
TOTAL A PAGAR		**$ 5.800.000**	**$ -**	**$ 5.800.000**	**$ 58.000**	**$ -**	**$ 232.000**	**$ 58.000**	**$ 145.000**	**$ 5.307.000**