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. DSHY1572

18764078397051

CUDS:cbd93f2e4ad06204fa04a9a336bf1deb27ca6bfd08007f15d88226b795cd323661410f45e92cbe09cd37503dafd3c4c7

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:	SALDAÑA ANDRADE MARIA CAMILA
Tipo Identificación:	NIT
NIT:	1006232644
Dirección:	CALLE2 # 2-41
Teléfono:	
Ciudad:	YOTOCO
País:	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
07/10/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	07/11/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
07/10/2026 04:47:32	07/10/2026 04:47:46		

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROMOTORA DE SALUD, EN APOYO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE MUCIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE	1	UNIDAD	$2,600,000	$2,600,000

TOTAL ÍTEMS: 1

VALORES EN LETRA: DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS

OBSERVACIONES:
PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROMOTORA DE SALUD, EN APOYO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE MUCIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE

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:

Linea de negocio:
Fecha Generación Erp: 2026-10-07 04: 47:32 - Fecha Validación Dian: 2026-10-0704:47:46
© 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:
Maria Camila Saldaña Andrade
CC 1006232644 de Yotoco valle del cauca

LA SUMA DE; EN LETRAS DOS MILLONES SEISCIENTOS M/C ($2.600.000)

POR CONCEPTO DE:

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026 CUENTA DE COBRO POR EL MES DE SEPTIEMBRE

OBJETO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROMOTORA DE SALUD, EN APOYO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DE ACUERDO A AL NECESIDAD DE LA S DEL HOSPITAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO.

Yotoco, 07 de Octubre de 2026

Consignar cuenta Davivienda Número de cuenta: **016400714594**

Firma: _____
María Camila Saldaña Andrade
C.C. 1006232644
Teléfono: 3146103673
Dirección: calle 2 2-41
Correo: mariacamila221580@gmail.com
Código CIIU: 8299

DECLARACIÓN JURAMENTADA

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.

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: _____

María Camila Saldaña Andrade
C.C. 1006232644
Teléfono: 3146103673
Dirección: calle 2 2-41
Correo: mariacamila221580@gmail.com
Código CIIU: 8299

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. 6 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL FECHA DEL INFORME: SEPTIEMBRE 2026							
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO							
No. Contrato o convenio:	2026-089						
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROMOTORA DE SALUD, 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:	20260159						
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.	66,66%						
Nombre del contratista:	MARIA CAMILA SALDAÑA ANDRADE						
CC / Nit:	1006232644						
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 vida saludable y condiciones no trasmisibles.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Para el mes de Septiembre se realiza el: **CLUB HIPERTENSOS Y DIABETICOS:** El día 24 de septiembre de 2026 se realizó el quinto un encuentro educativo con los participantes del club de hipertensos y diabéticos "Corazón y Vida", donde se abordó el tema prevención de la depresión en personas con enfermedades crónicas, un espacio pensado para brindar acompañamiento y fortalecer el bienestar integral de sus participantes. Para el mes de septiembre se realiza el taller en el siguiente micro territorio: Uso racional de medicamentos Territorio 5: Dorado total personas impactadas 4 **Se anexa informe más detallado en cd para una mejor comprensión de la información presentada**

Evidencias:





2. Apoyo en talleres de la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Para el mes de septiembre se realizó el siguiente taller en el siguiente micro territorio: • Territorio 2: San juan total personas impactadas 11 • Jiguales total personas impactadas 13 • Territorio 6 Yotoco total personas impactadas 15. • Semana andina: San juan, puente, tierra, medicanoa **Se anexa informe más detallado en cd para una mejor comprensión de la información presentada**

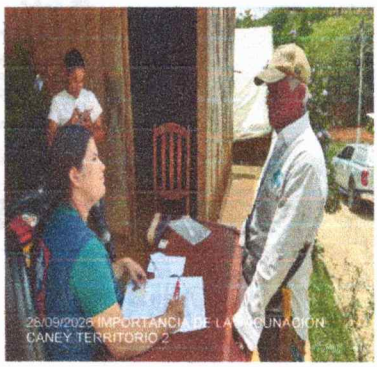
Evidencias:







3. Apoyo en talleres de la dimensión vida saludable y enfermedades trasmisibles.

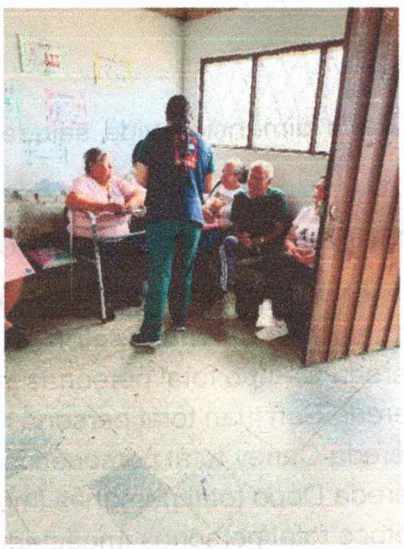
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Para el mes de septiembre se realiza los siguientes talleres en el siguiente micro territorio: • **Taller importancia de la vacunación** • Territorio 1 Vereda Campo total personas impactadas 4. • Territorio 2 Vereda San juan total personas impactadas 11. • Vereda Caney total personas impactadas 5 • Territorio 3 Vereda Dopo total personas impactadas 9. • Territorio 6 Yotoco total personas impactadas 3. • **Jornada de vacunación** • Territorio 6 Yotoco **Se anexa informe más detallado en cd para una mejor comprensión de la información presentada,**
EVIDENCIA:   

4. Apoyo en talleres de la dimensión de salud ambiental.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Para el mes de septiembre se realiza en el taller de riesgos ambientales en los siguientes territorios: • Territorio 4 Vereda Medicanoa total personas impactadas 7. • Territorio 5 Vereda Dorado total personas impactadas 11. • Territorio 6 Yotoco total personas impactadas 10.

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:	COLPENSIONES										
EPS:	EMSSANAR										
ARL:	COLMENA				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)	
ABRIL	1.750.905	218.900	280.200	42.700	4650047946
MAYO	1.750.905	218.900	280.200	42.700	4652326273
JUNIO	1.750.905	218.900	280.200	42.700	4655733953
JULIO	1.750.905	218.900	280.200	42.700	4658969524
AGOSTO	1.750.905	218.900	280.200	42.700	4662496533
SEPTIEMBRE	1.750.905	218.900	280.200	42.700	4665534800
Totales	10.505.430	1.313.400	1.681.200	256.200	

VERIFICACIÓN - EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	016400714594	Banco :	DAVIVIENDA	Tipo de cuenta	AHORROS

FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)	
CUENTA DE COBRO No. 6	

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	$7.800.000

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.2026-089 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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1006232644
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA CAMILA SALDANA ANDRADE
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOTOCO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	YOTOCO	TELÉFONO:	2524158
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4665534800**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/10/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9998275402

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
ESSC18	ESSC18 - EMSSANAR S.AS.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

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	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:									**$ 42.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 42.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
																										PENSIÓN								SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	PERTENENCIA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	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	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1006232644	SALDANA ANDRADE MARIA CAMILA	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	ESSC18 - EMSSANAR S.AS.	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-25-COLMENA	30	$ 1.750.905	100623254	$ 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 006

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. 089-2026

CIUDAD Y FECHA:	YOTOCO ABRIL 01 DE 2026
CONTRATO No:	089-2026
CONTRATISTA:	MARIA CAMILA SALDAÑA ANDRADE
C.C. O NIT:	**1.006.232.644**
SUPERVISOR:	YANI LORENA ROBLES RAMIREZ
ADICION TIEMPO Y DINERO	**1 MES Y 2.812.500**
PLAZO:	NUEVE (9) MESES
FECHA DE SUPERVISIÓN:	07 SEPTIEMBRE DE 2026

ASPECTOS FAVORABLES

Hoy, 07 de OCTUBRE 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

Hospital Local del Municipio de Yotoco

Empresa Social del Estado

Nit. 890.309.115-6

ACTA DE SUPERVISION 006

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. 089-2026

INFORME FINANCIERO

VALOR DEL CONTRATO	$ 23.000.000,00
PAGOS REALIZADOS	$ 13.000.000,00
VALOR A PAGAR	$ 2.600.000,00
SALDO DEL CONTRATO	$ 7.400.000,00
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67,83%

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 07 días de OCTUBRE 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	MARIA CAMILA SALDAÑA ANDRADE	**Estado Proceso**	Pagado
Nº Proceso de Pago	55758202		
Origen de los Fondos	CORPORATIVA SIN SOBREGIRO - 05600124****7006		
Fecha de Creacion	09/10/2026	**Fecha de Pago**	09/10/2026 10:45
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
1006232644	MARIA CAMILA SALDAÑA ANDRADE	0000008903091156	Ahorros	16400714594	DAVIVIENDA	$ 2.574.000,00	Pago Exitoso	

HOSPITAL LOCAL MUNICIO DE YOTOCO E.S.E. (PIC)								
MARIA CAMILA SALDAÑA ANDRADE C.C. 1.006.232.644								
CTA AHORROS BANCO DAVIVIENDA No. 055 001 640 071 459 4								
FECHA	No. FACT.	SUBTOTAL	IVA 19%	TOTAL		RETEIVA 15%	ESTAMPILLA 1%	TOTAL A PAGAR
7/10/2026	DSH-1575	$ 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