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. DSHY1573

18764078397051

CUDS:f5b28f19541ccfebce21ecebd8c4823bef654b23c45fd18762a38ac881bf867cc56758091269b7a1f210f55edb7081a0

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	GONZALEZ VIERA ANA SOFIA
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	1072647974
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	CALLE 1 #5-12
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3008984701
Ciudad:	YOTOCO	**Ciudad:**	YOTOCO
País:	Colombia	**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 05:12:23	07/10/2026 05:12:44		

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA,PARA DESARROLLAR 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 AUXILIAR DE ODONTOLOGIA,PARA DESARROLLAR 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 05: 12:23 - Fecha Validación Dian: 2026-10-0705:12:44
© 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:
ANA SOFIA GONZALEZ VIERA

CC: 1.072.647.974 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 SEPTIEMBRE

OBJETO:

PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA, PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DE ACUERDO A LA NECESIDAD DE LA E.S.E DEL HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO SEGÚN CONTRATO 2026-094

Yotoco, DIA 07 de MES 10 de 2026

Consignar cuenta de ahorros Davivienda, Número de cuenta: 4884-7217-8570

Firma: Ana Sofia G.V
C.C. 1.072.647.974
Teléfono: 3007759174
Dirección: carrera 3ª #1-36
Correo: anasofiagonzalezviera12@gmail.com

Código CIIU: 8622

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.

CUENTA DE COBRO

HOSPITAL LOCAL DE / OTOCO E.S.E.
NIT -90 [illegible]

[illegible]

[illegible]

[

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
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: Ana Sofia G-V
C.C. 1072647974
Teléfono: 3007759174
Dirección: carrera 3ª #1-36
Correo: anasofiagonzalezviera12@gmail.com
Código CIIU: 8622

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						
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO						
No. Contrato o convenio:	2026-094					
Objeto:	Prestación de servicios como auxiliar de odontología, para desarrollar las actividades del plan de intervenciones colectivas (PIC) y de promoción y prevención de salud oral, de acuerdo a la necesidad de la E.S.E hospital local del municipio de yotocó					
Clase de Contrato o convenio:	SERVICIOS PROFESIONALES					
No. de Registro Presupuestal:	20260242					
Fecha Inicio:	17-04-2026					
Fecha Terminación:	30-12-2026					
El contrato cuenta con prorroga	Si		No	X	**Fecha de terminación incluyendo prorroga**	
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución en este periodo.	25%					
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	25%					
Nombre del contratista:	Ana Sofia González Viera					
CC / Nit:	1.072.647.974					
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	YANI LORENA ROBLES RAMIREZ					
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.**

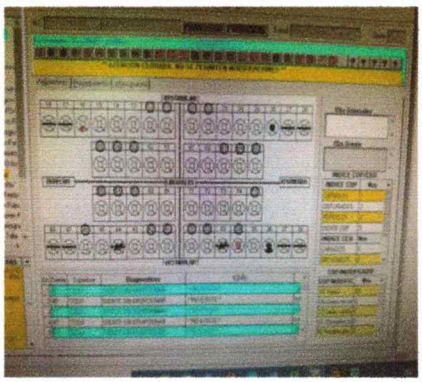
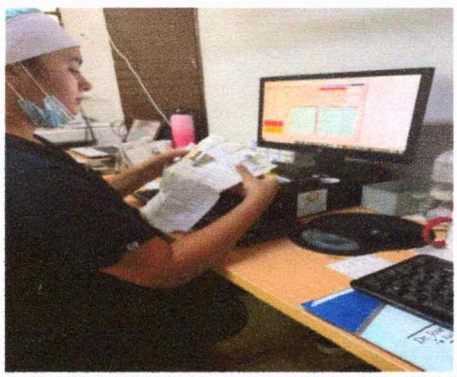
II. **OBLIGACIONES GENERALES**

1) Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), se contribuye al fortalecimiento de los servicios básicos de salud mediante educaciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y apoyo en los procesos de atención integral. Desde el rol de higienista oral, se desarrollan actividades de educación en salud oral explicaciones de técnicas de adecuadas de higiene oral, identificación de factores de riesgos y algunos diagnósticos, favoreciendo el bienestar y la calidad de vida de la población intervenida.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Evidencia:   

2) Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se registra y documenta de manera oportuna, completa y veraz la información requerida para la elaboración y actualización de historias clínicas, garantizando la calidad, trazabilidad y continuidad de la atención en salud. Desde el rol como higienista oral se realizó la recopilación y registro de datos de los pacientes relacionados con la valoración de la salud bucal. Antecedentes, factores de riesgo, procedimientos ejecutados y actividades desarrolladas.
Evidencias:  

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1) Educar a los pacientes sobre una higiene dental adecuada.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), se realizaron educaciones de promoción y prevención de la caries dental, orientadas a fortalecer los conocimientos y prácticas de higiene bucal en la comunidad. Se brindo educación sobre causas, síntomas, diagnóstico y prevención de la caries dental, y adopción de hábitos saludables para la prevención de enfermedades bucales, desde el rol como higienista oral, se desarrollan acciones de orientación, sensibilización y acompañamiento, fomentando el auto cuidado y el mejoramiento de la salud oral de los usuarios.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

Evidencias:

DIMENSION VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES TRANSMISIBLES

- **TALLER PREVENCION DE LA CARIES DENTAL**

POBLACIÓN A IMPACTAR: adultos y adolescentes

El día 16 de septiembre de 2026, se realiza taller de prevención sobre la caries dental. En la vereda de San juan, donde se brindó información a los asistentes acerca de las causas, factores de riesgo, signos de alarma y medidas de prevención de esta enfermedad. Además, se reforzó la importancia de una adecuada higiene oral, el correcto cepillado dental, el uso de seda dental, enjuague y la disminución del consumo frecuente de alimentos azucarados.

Esta actividad se realizó en la vereda de San juan en el puesto de salud. Territorio 2.

TOTAL, BENEFICIARIOS	ZONA	ETNIA	EDAD
10 personas (7 mujeres, 3 hombres)	rural	otro	18 años a 84 años











OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

DIMENSION VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES TRANSMISIBLES
•TALLER PREVENCION DE CARIES DENTAL
POBLACIÓN A IMPACTAR: adultos y adolescentes

El día 10 de septiembre de 2026, se realiza taller de prevención sobre la caries dental. En el corregimiento de Media canoa, donde se brindó información a los asistentes acerca de las causas, factores de riesgo, signos de alarma y medidas de prevención de esta enfermedad. Además, se reforzó la importancia de una adecuada higiene oral, el correcto cepillado dental, el uso de seda dental, enjuague y la disminución del consumo frecuente de alimentos azucarados. Al finalizar la actividad se hizo entrega de un folleto educativo.

Esta actividad se realizó en el corregimiento de Media canoa. Territorio 4.

TOTAL, BENEFICIARIOS	ZONA	ETNIA	EDAD
7 personas (5 mujeres, 2 hombres)	rural	otro	19 año a 84 años









OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

DIMENSION VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES TRANSMISIBLES
•TALLER PREVENCION DE LA CARIES DENTAL
POBLACION A IMPACTAR: Adultos

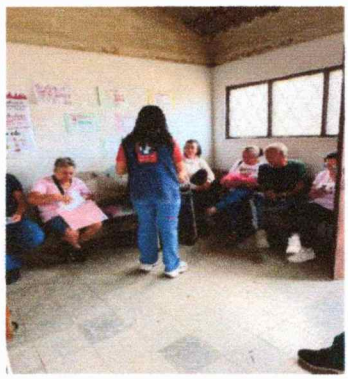
El día 8 de septiembre 2026, se realiza taller de prevención sobre la caries dental. En el corregimiento del Dorado, donde se brindó información a los asistentes acerca de las causas, factores de riesgo, signos de alarma y medidas de prevención de esta enfermedad. Además, se reforzó la importancia de una adecuada higiene oral, el correcto cepillado dental, el uso de seda dental, enjuague y la disminución del consumo frecuente de
alimentos azucarados. Al finalizar la actividad se hizo entrega de un folleto educativo.

Esta actividad se realizó en el corregimiento del Dorado. Territorio 5.

TOTAL, BENEFICIARIOS	ZONA	ETNIA	EDAD
15 personas (10 mujeres, 5 hombres)	rural	otro	43 año a 89 años





OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
  

2) Promocionar consejos sobre el cepillado, uso de hilo dental y enjuagues bucales.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), se fomentan hábitos adecuados de higiene oral mediante actividades educativas dirigidas a la comunidad. Estas acciones buscan fortalecer el autocuidado, promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades bucodentales como la caries dental y las enfermedades periodontales. Desde el rol como higienista oral, se brinda asesoría, acompañamiento y demostración práctica, adaptando las intervenciones a las características y necesidades de cada grupo poblacional.
EVIDENCIA:  

3) Indicar a sus pacientes sobre hábitos saludables para el cuidado oral saludables.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), se orienta a los pacientes para que adopten hábitos saludables que favorezcan la salud bucal: se promueve una correcta higiene oral, una alimentación equilibrada con bajo consumo de azucares y la asistencia regular a controles

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

odontológicos. Como higienista oral, se brinda educación individualizada adaptada a las necesidades específicas de cada paciente.

EVIDENCIA:

DIMENSION VIDA SALUDABLES Y CONDICIONES TRANSMISIBLES

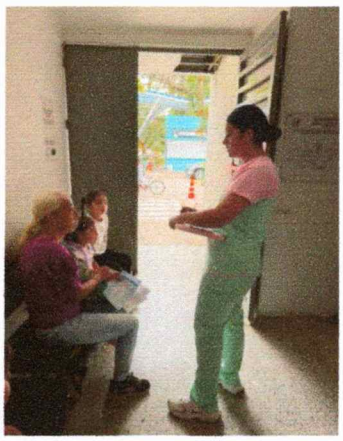
- **TALLER PREVENCION DE LA CARIES DENTAL**

POBLACION A IMPACTAR: niños de primera infancia, padres de familia, adultos y cuidadores.

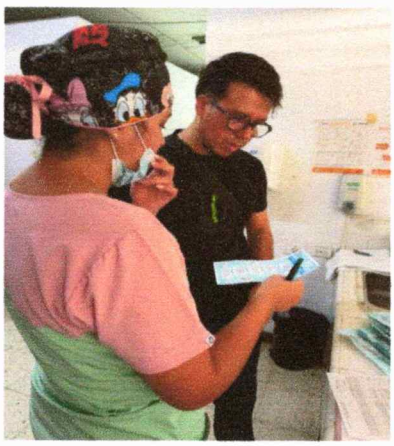
El día 3 de septiembre 2026, se realiza taller de prevención sobre la caries dental. se realizaron educaciones de promoción y prevención de la caries dental, orientadas a fortalecer los conocimientos y prácticas de higiene bucal en la comunidad. Se brindo educación sobre causas, síntomas, diagnóstico y prevención de la caries dental, y adopción de hábitos saludables para la prevención de enfermedades bucales, desde el rol como higienista oral, se desarrollan acciones de orientación, sensibilización y acompañamiento. Al finalizar la actividad se hizo entrega de un folleto educativo

Esta actividad se realizó en el hospital local de Yotoco. Territorio 6.

TOTAL, BENEFICIARIOS	ZONA	ETNIA	EDAD
7 personas (5 mujeres 2 hombres)	urbana	otro	5 años a 52 años









OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

DIMENSION VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES TRANMISIBLES
• JORNADA DE SALUD DORADO
POBLACION A IMPACTAR: niños de primera infancia, padres de familia, adultos y cuidadores.

El día 4 de septiembre 2026, se realiza taller de prevención sobre la caries dental. se realizaron educaciones de promoción y prevención de la caries dental, orientadas a fortalecer los conocimientos y prácticas de higiene bucal en la comunidad. Se brindo educación sobre causas, síntomas, diagnóstico y prevención de la caries dental, y adopción de hábitos saludables para la prevención de enfermedades bucales, desde el rol como higienista oral, se desarrollan acciones de orientación, sensibilización y acompañamiento. Al finalizar la actividad se hizo entrega de un folleto educativo

Esta actividad se realizó en el hospital local de Yotoco. Territorio 6.

TOTAL, BENEFICIARIOS	ZONA	ETNIA	EDAD
7 personas (6 mujeres, 1 hombres)	urbana	otro	2 años a 52 años



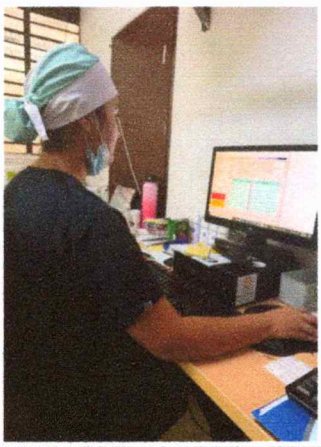
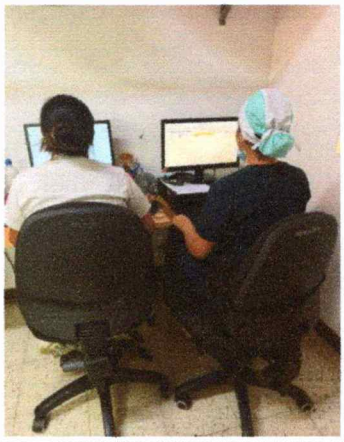




4) al coordinador las incidencias que se presentan en el desarrollo de la labor, así como también sus herramientas de trabajo.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), se realiza la notificación oportuna al coordinador sobre las incidencias presentadas durante el desarrollo de las actividades, así como las novedades relacionadas con las herramientas de trabajo, garantizando la continuidad y calidad en la prestación del servicio. Desde el rol de higienista oral, se contribuye a la identificación y reporte de eventos que requieren intervención, fortaleciendo la atención integral en salud bucal.

EVIDENCIA:

3) Velar por el buen funcionamiento de los equipos, materiales y suministros asignados a la unidad.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), se vela por el uso adecuado, el cuidado y la correcta conservación de todos los equipos, materiales e insumos asignados a la unidad. Se verifica permanentemente su funcionamiento y disponibilidad, garantizando que estén listos para el desarrollo de las actividades de salud. Como higienista oral. Participo en la gestión responsable de estos recursos, asegurando que se mantengan en condiciones óptimas, lo que permite brindar un servicio de calidad y una atención segura de todos los usuarios.

EVIDENCIA:





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:		**Nueva Eps**										
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	102.200	130.800	20.000	6018018829
Mayo	1.750.905	218.900	280.200	42.700	6018022737
Junio	1.750.905	218.900	280.200	42.700	6021856630
Julio	1.750.905	218.900	280.200	42.700	6025584716
Agosto	1.750.905	218.900	280.200	42.700	6029770271
septiembre	1.750.905	218.900	280.200	42.700	6033767803
Totales	**10.505.430**	**1.196.700**	**1.531.800**	**233.500**	**N/A**

Verificación – Ejecución Financiera					
Información Bancaria					
Cuenta Bancaria No.	**4884-7217-8570**	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**
20260242		$23.400.000

Total	**$23.400.000**
Item	**Valor En Pesos**
Valor Inicial Del Contrato	
Valor Adiciones O Reducciones	
Valor Total Del Contrato	$23.400.000
Valor Pagado	$2.600.000

Valor A Pagar	$ 2.600.000
Saldo	$11.687.000

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_094 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 un millón doscientos catorce de 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:	1072647974
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA SOFIA GONZALEZ VIERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOTOCO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CARRERA 3A #1-36	TELÉFONO:	9999999
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:			6033767803	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):			2026/09/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			693202866

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	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					CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
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	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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1072647974	GONZALEZ VIERA ANA SOFIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-25-COLMENA	30	$ 1.750.905	107264797	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada

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. 094-2026

CIUDAD Y FECHA:	YOTOCO ABRIL 17 DE 2026
CONTRATO No:	094-2026
CONTRATISTA:	ANA SOFIA GONZALEZ VIERA
C.C. O NIT:	**1.072.647.974**
SUPERVISOR:	YANI LORENA ROBLES RAMIREZ
PLAZO:	OCHO (8) MESES 14 DIAS
FECHA DE SUPERVISIÓN:	07 DE OCTUBRE 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- PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA, PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC),

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. 094-2026

INFORME FINANCIERO

VALOR DEL CONTRATO	$ 23.400.000,00
PAGOS REALIZADOS	$ 11.614.000,00
VALOR A PAGAR	$ 2.600.000,00
SALDO DEL CONTRATO	$ 9.186.000,00
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	60,74%

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	ANA SOFIA GONZALEZ VIERA	**Estado Proceso**	Pagado
Nº Proceso de Pago	55758253		
Origen de los Fondos	CORPORATIVA SIN SOBREGIRO - 05600124****7006		
Fecha de Creacion	09/10/2026	**Fecha de Pago**	09/10/2026 10:47
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
1072647974	ANA SOFIA GONZALEZ VIERA	0000008903091156	Ahorros	488472178570	DAVIVIENDA	$ 2.574.000,00	Pago Exitoso	

ANA SOFIA GONZALEZ VIERA C.C. 1.072.647.974
CTA AHORROS BANCO DAVIVIENDA No. 4884 7217 8570

FECHA	No. FACT.	SUBTOTAL	IVA 19%	TOTAL		RETEIVA 15%	ESTAMPILLA 1%	TOTAL A PAGAR
7/10/2026	DSH-1576	$ 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