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. **DSHY1603**

18764078397051

CUDS:f734ffe7622ad7180482de3ebfb05e7e6bbaadf5057f5db57f00b4cca82ddf85238ccd4cdd193c647233b6ec99859193

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	HERRERA RAMIREZ PAULINNE JULIANNY
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	1116159376
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	CALLE 5 CALLEJON
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3178331468
Ciudad:	YOTOCO	**Ciudad:**	YOTOCO
País:	Colombia	**País:**	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
06/11/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	06/12/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
06/11/2026 04:42:15	06/11/2026 04:42:28		

ITEM	CÓDIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA, PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DE ACUERDO A LA NECESIDAD DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DE OCTUBRE	1	UNIDAD	$4,400,000	$4,400,000

TOTAL ÍTEMS: 1

VALORES EN LETRA: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS

OBSERVACIONES:
PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA, PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DE ACUERDO A LA NECESIDAD DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DE OCTUBRE

SUBTOTAL	$4,400,000.00
TOTAL RETENCIONES	$0.00
TOTAL	$4,400,000.00

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: 2026-11-06 04: 42:15 - Fecha Validación Dian: 2026-11-0604:42:28
© 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:
PAULINE JULIANNY HERRERA RAMIREZ
CC 1.116.159.376 de YOTOCO VALLE DEL CAUCA

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/C ($4.400.000,00)

POR CONCEPTO DE:

Plan de Intervenciones colectivas 2026 cuenta de cobro por el mes de octubre.

OBJETO:

Prestación de servicios profesionales como enfermera, para desarrollar actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), de acuerdo a la necesidad de la ESE Hospital Local del Municipio de Yotoco.

Yotoco, 06 de noviembre de 2026

Consignar cuenta Davivienda, Número de cuenta: 0550488439007946

Firma: Pauline Herrera

Pauline Julianny Herrera Ramírez
C.C. 1.116.159.376
Teléfono: 3178331468
Dirección: Calle 10ª 6ª30
Correo: Paulineherrera16@gmail.com
Código CIIU: 8699

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: Paulina Herrera

PAULINE JULIANNY HERRERA RAMIREZ
C.C. 1.116.159.376
Teléfono: 3178331468
Dirección: Calle 10ª 6ª30
Correo: paulineherrera16@gmail.com
Código CIIU: 8699

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. 7 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL FECHA DEL INFORME: 01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE 2026						
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO						
No. Contrato o convenio:	2026-086					
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA, PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC), DE ACUERDO A LA NECESIDAD DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE.					
Clase de Contrato o convenio:	SERVICIOS PROFESIONALES					
No. de Registro Presupuestal:	20260156 DEL 1 DE ABRIL DE 2026					
Fecha Inicio:	ABRIL 1 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.	77.77%					
Nombre del contratista:	PAULINE JULIANNY HERRERA RAMIREZ					
CC / Nit:	1.116.159.376					
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	LEIDY JULIANA NAVIA ALZATE					
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) Cumplir de forma eficiente y oportuna la prestación del servicio

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Al inicio de mes se programan todas las actividades para todos los territorios, los cuales se distribuyen de la siguiente manera: territorio 1. Microterritorio de San Antonio de Piedras y El Bosque, el territorio 2, microterritorio El jardín y Calimita,el territorio 3, microterritorio de Dopo y Miravalle, el territorio 4 en el microterritorio de Mediacanoa, Jiguales y Puente Tierra, en el territorio 5 en el microterritorio del Dorado, Muñecos y Cordobitas y finalmente el territorio 6 correspondiente a la zona urbana del municipio de Yotoco **Observación: se adjuntará en el CD el informe completo para que este sea visualizado de manera completa al igual que el cronograma del mes.**

2. Afiliarse al sistema de seguridad social. Cumplir con las Articulaciones con APS.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se realiza afiliación a la seguridad social donde se afilia a la EPS S.O.S, fondo de pensiones PORVENIR y ARL SURA
Evidencia: 

3. Realizar socialización y difusión de cada una de las dimensiones en el marco de la salud mental.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Para el mes de octubre se programan actividades de salud mental las cuales estarán a cargo de la Psicóloga. Estas se realizarán en territorio 1. Microterritorio de San Antonio de Piedras y El Bosque, el territorio 3, microterritorio de Dopo y Miravalle, el territorio 4 en el microterritorio de Mediacanoa, Jiguales, en el territorio 5 en el microterritorio de Muñecos y Cordobitas y finalmente el territorio 6 correspondiente a la zona urbana del municipio de Yotoco **Observación: se adjuntará en el CD cronograma**

4. Apoyar a la DLS y al HLY a través de jornadas de capacitación dirigido a pacientes que asisten al programa cardiovascular en temas como: Higiene del sueño, Hidratación saludable, alimentación saludable, manejo del estrés.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
El día 09 de octubre del 2026, se llevó a cabo un taller educativo sobre Hidratación Saludable en la vereda el Jardin. Con el objetivo principal fue educar a la comunidad sobre la importancia de una adecuada hidratación para la prevención de enfermedades y el mantenimiento de una buena salud, especialmente en lo relacionado con el sistema cardiovascular. Se conto con la participación de 6 personas. **Observación: se adjuntará en el CD cronograma**
EVIDENCIA:   

5. Apoyar a la DLS Y AL HLY en el fortalecimiento de la Dimensión convivencia social y salud mental, en temas relacionados de Prevención en la salud mental, Prevención del suicidio, prevención del consumo de spa, prevención del abuso sexual, proyecto de vida, entre otros.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Para el mes de octubre se programan actividades de salud mental las cuales estarán a cargo de la Psicóloga. Estas se realizarán en territorio 1. Microterritorio de San Antonio de Piedras y El Bosque, el territorio 3, microterritorio de Dopo y Miravalle, el territorio 4 en el microterritorio de Mediacanoa, Jiguales, en el territorio 5 en el microterritorio de Muñecos y Cordobitas y finalmente el territorio 6 correspondiente a la zona urbana del municipio de Yotoco. Se apoya con el registro fotográfico. **Observación: se adjuntará en el CD cronograma**
EVIDENCIA: 

6. Apoyar a la DLS y al HLY en el fortalecimiento de la Dimensión Seguridad alimentaria y nutrición, con enfoque en atención a la primera infancia del municipio.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
El día 9 de octubre de 2026, se realizó taller de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años en el microterritorio del Jardin, impactando un total de 8 personas, el día 22 octubre se realiza este mismo taller en la modalidad familiar del municipio de yotoco impactando un total de 15 personas y el día 27 de octubre se realiza en el corregimiento de Jiguales impactando un total de 6 personas. Esta actividad tuvo como objetivo principal informar y orientar a los padres de familia sobre el estado nutricional de sus hijos, además de fortalecer su conocimiento sobre la importancia de una alimentación adecuada en la primera infancia. **Observación: se adjuntará en el CD informe completo y detallado y cronograma.**
EVIDENCIA: 

7. Apoyar a la DLS y al HLY en el fortalecimiento de la Dimensión Derechos sexuales y reproductivos con enfoque en prevención para comunidad mujeres en edad fértil, niños niñas y adolescentes en temas relacionados métodos anticonceptivos, curso psicoprofiláctico, campaña de prevención del cáncer de mama, campaña de prevención de cáncer de cuello uterino, capacitación

sobre prevención de abuso sexual y violencias, campaña de prevención para trabajadoras sexuales.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
El día 22 de octubre del 2026, se brinda apoyo en el curso psicoprofiláctico que se realizó en la modalidad familiar del municipio de yotoco, donde apoyo con registro fotográfico, listado de asistencia y entrega de refrigerios. **Observación: se adjuntará en el CD informe completo y detallado y cronograma.** **EVIDENCIA:**




8. Apoyar a la DLS y al HLY en el fortalecimiento de la Dimensión Vida saludable y enfermedades No trasmisibles, Esta dimensión se desarrolla en el programa de Riesgo cardiovascular y/o en la comunidad adulto mayor.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
El día 22 de octubre de 2026, Se llevó a cabo un encuentro del Club Corazón y Vida en las instalaciones del Parque Recreacional del municipio de Yotoco, con el propósito de promover el bienestar integral y fortalecer las acciones de cuidado de la salud mental en los participantes. Se apoya con la entrega de refrigerios y apoyo en la actividad liderada por la psicóloga. **Observación: se adjuntará en el CD informe completo y detallado**
EVIDENCA:




9. Apoyar a la DLS y al HLY en el fortalecimiento de la Dimensión Vida saludable y enfermedades trasmisibles, Esta dimensión abarca temas de prevención del Dengue, taller educativo sobre vacunación, prevención, canalización y acompañamiento al programa de HANSEN, dirigido a la comunidad en general.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Los días 9 y 29 de octubre se realiza campaña prevención de Dengue donde se educa y se hace entrega de repelentes en el territorio 2 en la vereda el Jardin y en el territorio 1 en el corregimiento del Bosque, impactando un total de 9 personas. Por otro lado, los días 13, 27 y 29, en el territorio 1 corregimiento del Bosque, en el territorio 2 vereda el jardín y en el territorio 4 corregimiento de Jiguales, se realiza taller de importancia de la vacunación con el objetivo de informar y orientar a la población en general sobre la relevancia de cumplir con los esquemas de vacunación, tanto en niños como en adultos, como medida fundamental para proteger la salud individual y colectiva. Se impacta un total de 24 personas. **Observación: se adjuntará en el CD informe completo y detallado**

EVIDENCIA:



10. Apoyar a la DLS y al HLY en el fortalecimiento de la Dimensión Gestión diferencial de poblaciones vulnerables, esta dimensión abarca las Brigadas y campañas de salud dirigidas a la comunidad.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
El día 29 de octubre del 2026, Se llevó a cabo una jornada integral de salud en el corregimiento de El Bosque, dirigida a la comunidad indígena Dai Kurisia, con el propósito de acercar los servicios de salud a la población y promover acciones de prevención de enfermedades y cuidado integral. Se llevaron los servicios de vacunación, atención médica, aplicación de flúor a niños menores de 17 años, atención por psicología. Se conto con una asistencia de 22 personas. **Observación: se adjuntará en el CD informe completo y detallado**

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
EVIDENCIA, 

11. Cumplir con las demás atribuciones que le señalen las leyes y estatutos y las que, siendo compatibles con las anteriores, le encomiende la Gerente.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Los días 19 y 23 de octubre se realiza apoyo en jornada de desparasitación en las Instituciones educativas de las veredas de Calimita y el jardín del territorio 2, impactando un total de 12 niños, actividad liderada por el PIC departamental donde se apoya con educación y lavado de manos. Y en el territorio 4 en el corregimiento de Jiguales y Mediacanoa impactando un total de 10 niños.
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**	**Valor sin intereses de mora**										**Número de**

	cotización – IBC	Aporte a salud	Aporte a pensión	Aporte a ARL (solo aplica para Nivel Riesgo I,II y III)	Referencia de planilla (s)
ABRIL	1.750.905	218.900	280.200	42.700	4649524692
MAYO	1.750.905	218.900	280.200	42.700	4655619174
JUNIO	1.750.905	218.900	280.200	42.700	4655634025
JULIO	1.750.905	218.900	280.200	42.700	4658942146
AGOSTO	1.750.905	218.900	280.200	42.700	4662367857
SEPTIEMBRE	1.750.905	218.900	280.200	42.700	4665258501
OCTUBRE	1.750.905	218.900	280.200	42.700	4669025994
Totales	1.750.905	218.900	280.200	42.700	**N/A**

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	0550488439 007946	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de cuenta	AHORROS
FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)					
CUENTA DE COBRO No. 7					

AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES		
Número de registro presupuestal	**Rubro**	**Valor**
20260156	39.600.000	39.600.000

TOTAL	
ITEM	**VALOR EN PESOS**
Valor Inicial del contrato	$39.600.000
Valor Adiciones o reducciones	
Valor Total del contrato	$39.600.000
Valor pagado	$26.400.000
Valor a pagar	$4.400.000
SALDO	$8.800.000

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.2026-086 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 Cuatro millones cuatrocientos mil pesos M/CTE, ($4.400.000)

Leidy Juliana Navia Alzate.

LEIDYJULIANA NAVIA ALZATE
SUPERVISORA CONTRATO

Nota aclaratoria: Se verifica cumplimiento de actividades asistenciales del mes de octubre con base en los soportes clínicos y administrativos.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Transcontinental

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116159376
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			PAULINE JULIANNY HERRERA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOTOCO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 5 N 8A-34	TELÉFONO:	2524158
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	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:		46690259 94	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre AÑO		2026
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/11/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				9583407102

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
EPS018	EPS018-S.O.S.	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 EP			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

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	ADMN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADSN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1116159376	HERRERA RAMIREZ PAULINE JULIANNY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	230301-PORVENIR	30	1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS018-S.O.S.	30	1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	1.750.905	111615937	$ 42.700	30	$ 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 007

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. 086-2026

CIUDAD Y FECHA:	YOTOCO ABRIL 01 DE 2026
CONTRATO No:	086-2026
CONTRATISTA:	PAULINE JULIANNY HERRERA RAMÍREZ
C.C. O NIT:	**1116.159.376**
SUPERVISOR:	LEIDY JULIANA NAVIA ALZATE
PLAZO:	NUEVE (9) MESES
FECHA DE SUPERVISIÓN:	NOVIEMBRE 06 DE 2026

ASPECTOS FAVORABLES

Hoy, 06 de NOVIEMBRE 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
4. Cd con evidencias
5. Declaracion juramentada

Hospital Local del Municipio de Yotoco

Empresa Social del Estado

Nit. 890.309.115-6

ACTA DE SUPERVISION 007

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. 086-2026

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES SUPERVISADAS

1- Prestar servicios profesionales como enfermera ,para desarrollar las actividades del PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC),de acuerdo a la necesidad de la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE YOTOCO.

INFORME FINANCIERO

VALOR DEL CONTRATO	$ 39.600.000,00
PAGOS REALIZADOS	$ 26.400.000,00
VALOR A PAGAR	$ 4.400.000,00
SALDO DEL CONTRATO	$ 8.800.000,00
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	77,78%

PROCEDENCIA DE PAGO

En virtud de que el contratista cumplió con el objeto de contrato, es procedente realizar el pago de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.400.000,00)

FIRMAS

Para constancia se firma en el Municipio de Yotoco Valle, a los 06 días del mes de NOVIEMBRE del año dos mil veintiseis (2026).

LEIDY JULIANA NAVIA ALZATE
Supervisor

Nota Aclaratoria: Se verifica cumplimiento de actividades asistenciales del mes de octubre con base en soportes clinicos y administrativos.

DAVIVIENDA

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

Encabezado Proceso de Pago			
Nombre Proceso de Pago	PAULINE JULIANNY HERRERA RAMIREZ	**Estado Proceso**	Pagado
Nº Proceso de Pago	56008458		
Origen de los Fondos	CORPORATIVA SIN SOBREGIRO - 05600124****7006		
Fecha de Creacion	09/11/2026	**Fecha de Pago**	09/11/2026 08:53
Total de Registros	1	**Monto Total**	$ 4.026.000,00
Registros Ingresados	1	**Monto Ingresado**	$ 4.026.000,00

Detalle de Pagos

Nit Destino	Nombre Destino	Referencia	Tipo Producto o Servicio Destino	Producto o Servicio Destino	Entidad Destino	Valor	Estado	Motivo Rechazo
1116159376	PAULINE JULIANNY HERRERA RAMIREZ	0000008903091156	Ahorros	488439007946	DAVIVIENDA	$ 4.026.000,00	Pago Exitoso	

HOSPITAL LOCAL MUNICIO DE YOTOCO E.S.E. (PIC)									
PAULINE JULIANNY HERRERA RAMIREZ C.C. 1.116.159.376									
CTA AHORROS DAVIVIENDA 055-048-843-900-794-6									
FECHA	No. FACT.	SUBTOTAL	IVA 19%	TOTAL	ESTAMPILLA PRO DEPORTE 2.5%	ESTAMPILLA PRO CULTURA 1%	ESTAMPILLA 1%	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 4%	TOTAL A PAGAR
6/11/2026	DSH-1606	$ 4.400.000		$ 4.400.000	$ 110.000	$ 44.000	$ 44.000	$ 176.000	$ 4.026.000
TOTAL POR PAGAR		$ 4.400.000	$	$ 4.400.000	$ 110.000	$ 44.000	$ 44.000	$ 176.000	$ 4.026.000