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. **DSHY1407**

18764078397051

CUDS:56da093335e6fa1e22e80e9411d5a5354728a6f754190f27ea1f91c9e196c90d29855bd85adbdf557ab308b91daa6150

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	BERMUDEZ SOLARTE DUVAN ALEXIS
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	1116160014
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	VEREDA SAN JUAN
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3182724511
Ciudad:	YOTOCO	**Ciudad:**	YOTOCO
País:	Colombia	**País:**	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
10/06/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	10/07/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
10/06/2026 03:29:47	10/06/2026 03:30:56		

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO CODUCTOR EN EL HOSPITAL LOCAL DE YOTOCO E.S.E DURANTE EL MES DE MAYO	1	UNIDAD	$3,748,571	$3,748,571

TOTAL ÍTEMS: 1

VALORES EN LETRA: TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SETENTA Y UN PESOS

OBSERVACIONES:
PRESTACION DE SERVICIOS COMO CODUCTOR EN EL HOSPITAL LOCAL DE YOTOCO E.S.E DURANTE EL MES DE MAYO

SUBTOTAL	$3,748,571.00
TOTAL RETENCIONES	$0.00
TOTAL	$3,748,571.00

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: 2026-06-10 03: 29:47 - Fecha Validación Dian: 2026-06-1003:30:56

© 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:
DUVAN ALEXIS BERMUDEZ SOLARTE
CC 1.116.160.014 de Yotoco

LA SUMA DE: Tres millones setecientos cuarenta y ocho mil quinientos setenta y uno M/C ($3.748.571)

POR CONCEPTO DE:

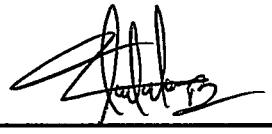
Prestación de servicios para conducir vehículos de transporte asistencial (ambulancias), encargado de trasladar pacientes de forma segura, rápida y conforme a normas de tránsito y sanitarias.

OBJETO:

Prestación de servicios como conductor de ambulancia en el área de urgencias del Hospital Local De Yotoco E.S.E.

Yotoco, 10 de 06 de 2026

Consignar cuenta de ahorros Banco de Bogotá, Número de cuenta: 188577589

Firma: 

C.C. 1.116.160014
Teléfono: 3182724511
Dirección: Cra 4 #8-90
Correo: duvanbermudez068@gmail.com
Código CIIU: 9609

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: _____

C.C. 1.116.160.014
Teléfono: 3182724511
~~Dirección: Cra 4 #8-90~~
Correo: duvanbermudez068@gmail.com
Código CIIU: **9609**

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.

INFORME PARCIAL 1
CONTRATO
2026- DE 2026

OBJETO

PRESTACION DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR PARA OPERAR VEHICULOS PARA LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE.

PERIODO

DEL 04 DE MAYO AL 04 DE JUNIO DE 2026

Doctora:

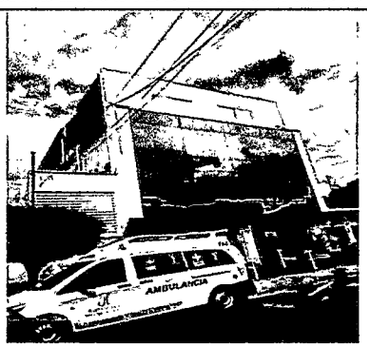
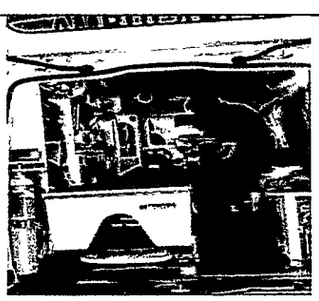
YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ

Supervisora Contrato
Sub-directora Científica
Hospital Local Yotoco
Yotoco-Valle

REFERENCIA: PRESENTACIÓN INFORME

Cordial saludo.

Yo, Duvan Alexis Bermudez Solarte, identificado con cedula de ciudadanía No 1.116.160.014 de YOTOCO, en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No. 2026-047, atentamente presento el informe parcial 1 de las actividades desarrolladas de acuerdo con las obligaciones señaladas en el contrato, de la siguiente manera:

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 1.	**ACTIVIDAD**
Traslado realizado cumpliendo protocolos de seguridad y normatividad sanitaria vigente.	*Traslado indicado por necesidad de atención especializada, estudios complementarios o tratamiento que no estén disponibles en la clínica de origen según la evaluación médica condiciones del paciente ingreso estable.*
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.	**ACTIVIDAD**
Entrega de ambulancia verificada, operativa, limpia y desinfectada antes de cada salida: mecánica, frenos, luces, llantas, niveles, señalizaciones y sirena funcionando al 100%.	Como parte de las actividades hago revisión completa del estado mecánico, de seguridad, equipamiento e higiene de la ambulancia, para garantizar su operatividad y cumplimiento de normas antes de prestar el servicio.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
EVIDENCIA FOTOGRAFICA	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	**ACTIVIDAD**
Traslado entre clínicas paciente estable.	*Remisión para valoración por especialista en cardiología, servicios no disponibles en origen, paciente con código de aceptación para la clínica Valle Salud sin novedades durante el trayecto.*

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	**ACTIVIDAD**
Servicio puntual, vehículo adecuado, cumplimiento de todas las normas sanitarias.	*Traslado seguro, ayuda para movilización, paciente estable sujeción segura en camilla, monitoreo básico.*
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	

DUVAN ALEXIS BERMUDEZ SOLARTE
CC: 1.116.160.014
Contratista

enlace operativo

SuAporte I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-06-03, 05:22:41 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 86049857

Periodo Cotización: mayo de 2026 **Periodo Servicio:** mayo de 2026

PAGADO 03/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DUVAN ALEXIS BERMUDEZ SOLARTE		
Documento	CC1116160014	Dirección	CL 6 #7 - 90
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3182724511
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	YOTOCO	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	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días EPS	Días ARP	Días AFP	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 Mineducación	Total
CC 1116160014	DUVAN ALEXIS BERMUDEZ SOLARTE	57	00	X																0	28	28	0	(230201) PROTECCION	$ 1.517.451	$ 242.800	(ESSC18) EMSSANAR EPS	$ 1.517.451	$ 189.700	4,350	$ 1.517.451	$ 66.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 498.600

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
$ 1.517.451	$ 1.517.451	$ 1.517.451	$ 0	$ 242.800	$ 189.700	$ 66.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 498.600	$ 0	$ 498.600

Enlace Operativo – Líneas Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 ▫Bogotá (601) 742 44 88 ▫Bucaramanga (607) 697 87 27 ▫Cali (602) 485 94 44 ▫Cartagena (605) 693 77 27 ▫Pereira (606) 340 13 27 ▫Manizales (606) 892 80 27 ▫Medellín (604) 604 27 27 ▫
Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 ▫WhatsApp: 3164416952

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

EXPERTOS en PILA

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

ACTA DE SUPERVISION 001

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. 102-2026

ECIUDAD Y FECHA:	YOTOCO MAYO 01 DE 2026
CONTRATO No:	102-2026
CONTRATISTA:	**DUVAN ALEXIS BERMUDEZ SOLARTE**
C.C. O NIT:	**1.116.160.014**
SUPERVISOR:	YANI LORENA ROBLES RAMIREZ
PLAZO:	CINCO (5) MESES
FECHA DE SUPERVISIÓN:	JUNIO 10 DE 2026

ASPECTOS FAVORABLES

Hoy,10 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-Prestacion de servicios como conductor para operar vehiculos asignados al Hospital Local del Municipio de Yotoco E.S.E.

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

ACTA DE SUPERVISION 001

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. 102-2026

INFORME FINANCIERO

VALOR DEL CONTRATO	$ 18.742.855,00
PAGOS REALIZADOS	
VALOR A PAGAR	$ 3.748.571,00
SALDO DEL CONTRATO	$ 14.994.284,00
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	20,00%

PROCEDENCIA DE PAGO

En virtud de que el contratista cumplió con el objeto de contrato, es procedente realizar el pago de TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SETENTA Y UN PESOS M/CTE ($3.748.571,00)

FIRMAS

Para constancia se firma en el Municipio de Yotoco Valle, a los 10 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	DUVAN ALEXIS BERMUDEZ SOLARTE	**Estado Proceso**	Pendiente de Respuesta
Nº Proceso de Pago	54741038		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400052309		
Fecha de Creacion	11/06/2026	**Fecha de Pago**	11/06/2026 10:38
Total de Registros	1	**Monto Total**	$ 3.430.571,00
Registros Ingresados	1	**Monto Ingresado**	$ 3.430.571,00

Detalle de Pagos

Nit Destino	Nombre Destino	Referencia	Tipo Producto o Servicio Destino	Producto o Servicio Destino	Entidad Destino	Valor	Estado	Motivo Rechazo
1116160014	DUVAN ALEXIS BERMUDEZ SOLARTE	0000008903091156	Ahorros	188577589	BOGOTA	$ 3.430.571,00	Pendiente de Respuesta	

HOSPITAL LOCAL MUNICIO DE YOTOCO E.S.E. (FORTALECIMIENTO) ebs 790-803 28 nf

DUVAN ALEXIS BERMUDEZ SOLARTE C.C. 1,116,160,014

CTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA No. 188 577 589

FECHA	No. FACT.	SUBTOTAL		TOTAL	ESTAMPILLA PRO CULTURA 1%	ESTAMPILLA 0.5%	ESTAMPILLA 1%	ESTAMPILLA PRO DEPORTE 2.5%	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 4%	TOTAL A PAGAR
10/06/2026	DSH-1409	$ 3.748.571		$ 3.748.571	$ 37.000		$ 37.000	$ 94.000	$ 150.000	$ 3.430.571
TOTAL		$ 3.748.571	$ -	$ 3.748.571	$ 37.000	$ -	$ 37.000	$ 94.000	$ 150.000	$ 3.430.571