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. **DSHY1477**

18764078397051

CUDS:cae3475b193c927d6c565159a0cafd17e4e8014c07bb7b4ce15118655bad08d607c59be93be127d446db71f2a48b7049

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	1115065525
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	CL 28 N18 B BIS 77
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3167984197
Ciudad:	YOTOCO	**Ciudad:**	BUGA
País:	Colombia	**País:**	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
05/08/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	05/09/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
05/08/2026 01:54:46	05/08/2026 01:55:04		

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO ENFERMERA PROFESIONAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DEJULIO	1	UNIDAD	$3,060,000	$3,060,000

TOTAL ÍTEMS: 1

VALORES EN LETRA: TRES MILLONES SESENTA MIL PESOS

OBSERVACIONES:
PRESTACION DE SERVICIOS COMO ENFERMERA PROFESIONAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DEJULIO

SUBTOTAL	$3,060,000.00
TOTAL RETENCIONES	$0.00
TOTAL	$3,060,000.00

Fecha de recibido:
Nombre:
Identificación:
Firma:

RECIBIDO CONFORME FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: BTW S.A.S. NIT 900665411 - INFORMACIÓN FACTURACIÓN ERP

© 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:
NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ
CC 1115065525

LA SUMA DE: TRES MILLONES SESENTA MIL PESOS M/C ($3060000)

POR CONCEPTO DE:

Pago de primera cuota de contrato 2026-097

OBJETO:

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

Yotoco 5 agosto de 2026

Consignar cuenta banco de Bogotá Número de cuenta:188676407

Firma: Nini Prieto
NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ
C.C. 1115065525
Teléfono: 3167984197
Dirección: CALLE 28 N°18B-BIS77
Correo: niniprieto1529@gmail.com
Código CIIU: **8692**

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		
Santiago gutierrez prieto			x		1112405879	Hijo

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: _____
NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ
C.C. 1115065525
Teléfono: 3167984197
Dirección: CALLE 28 N°18B-BIS77
Correo: niniprieto1529@gmail.com
Código CIIU: **8692**

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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACIÓN CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-04, 03:03:10 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084125742

Periodo Cotización: julio de 2026 **Periodo Servicio:** julio de 2026

PAGADO 04/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ		
Documento	CC1115065525	**Dirección**	CL 28 #18 BBI - 77
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3167984197
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BUGA	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Días Pensión	Días Salud	Días Riesgos	Días Cajas	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	Total
CC 1115065525	NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ	59	00															C	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 2.160.000	$ 345.600	(EPS018) S.O.S EPS	$ 2.160.000	$ 270.000	2,436	$ 2.160.000	$ 52.700	(NRI-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 668.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Cajas	Aporte Sena	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.160.000	$ 2.160.000	$ 2.160.000	$ 0	$ 345.600	$ 270.000	$ 52.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 668.300	$ 0	$ 668.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945644 - Pereira: 606 3402502 - Barranquilla: 605 3616650 - Resto del País: 018000 971 871 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

INFORME PARCIAL 3
CONTRATO
5 AGOSTO DE 2026

OBJETO

PRESTACION DE SERVICIOS, COMO ENFERMERA

PERIODO

DEL 4 DE JULIO A 4 AGOSTO- 2026

Enfermería

NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ

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

YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ

REFERENCIA: PRESENTACIÓN INFORME

Cordial saludo.

Yo, NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ identificado con cedula de ciudadanía No, 1115065525 en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No. 2026-097, atentamente presento el informe parcial 2 de las actividades desarrolladas de acuerdo con las obligaciones señaladas en el contrato, de la siguiente manera:

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 1.	**ACTIVIDAD**
Se realizó la clasificación (triage) de los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias, aplicando los protocolos institucionales para	Durante el periodo se llevó a cabo la clasificación (triage) de los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias, garantizando una valoración inicial oportuna y la aplicación adecuada de los protocolos institucionales establecidos.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.	**ACTIVIDAD**
Ejecutar la valoración inicial de enfermería a los pacientes que ingresan al servicio de urgencias, identificando signos y síntomas relevantes y reportando oportunamente al médico tratante	Durante el periodo se realizó la valoración inicial de enfermería a los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias, brindando atención a usuarios de los diferentes cursos de vida (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y personas mayores). En cada atención se identificaron los principales signos y síntomas relacionados con las diferentes patologías consultadas, efectuando una valoración integral del estado clínico y reportando de manera oportuna los hallazgos relevantes al médico tratante para favorecer la toma de decisiones y el inicio oportuno del tratamiento

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD





OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3. Administrar medicamentos, líquidos y tratamientos prescritos, verificando dosis, vías de administración, tiempos y posibles reacciones adversas	Durante el periodo se administraron medicamentos, líquidos y otros tratamientos indicados a los pacientes del servicio de urgencias. Se verificó la orden médica, los datos del paciente, la cantidad, la forma y el horario de cada medicamento. Además, se observó la evolución de los pacientes y se informó al médico sobre cualquier cambio o novedad, dejando el registro correspondiente en la historia clínica. Estas actividades permitieron brindar una atención segura y oportuna

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD







OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	ACTIVIDAD
Preparar y asistir en la ejecución de procedimientos médicos y de enfermería en el área de urgencias, garantizando condiciones de seguridad y calidad, monitoreo continuo de signos vitales y estado clínico de los pacientes	Durante el periodo se preparó y asistió en la ejecución de diversos procedimientos médicos y de enfermería realizados en el servicio de urgencias, garantizando el cumplimiento de los protocolos institucionales, las normas de bioseguridad y las condiciones de seguridad y calidad en la atención

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

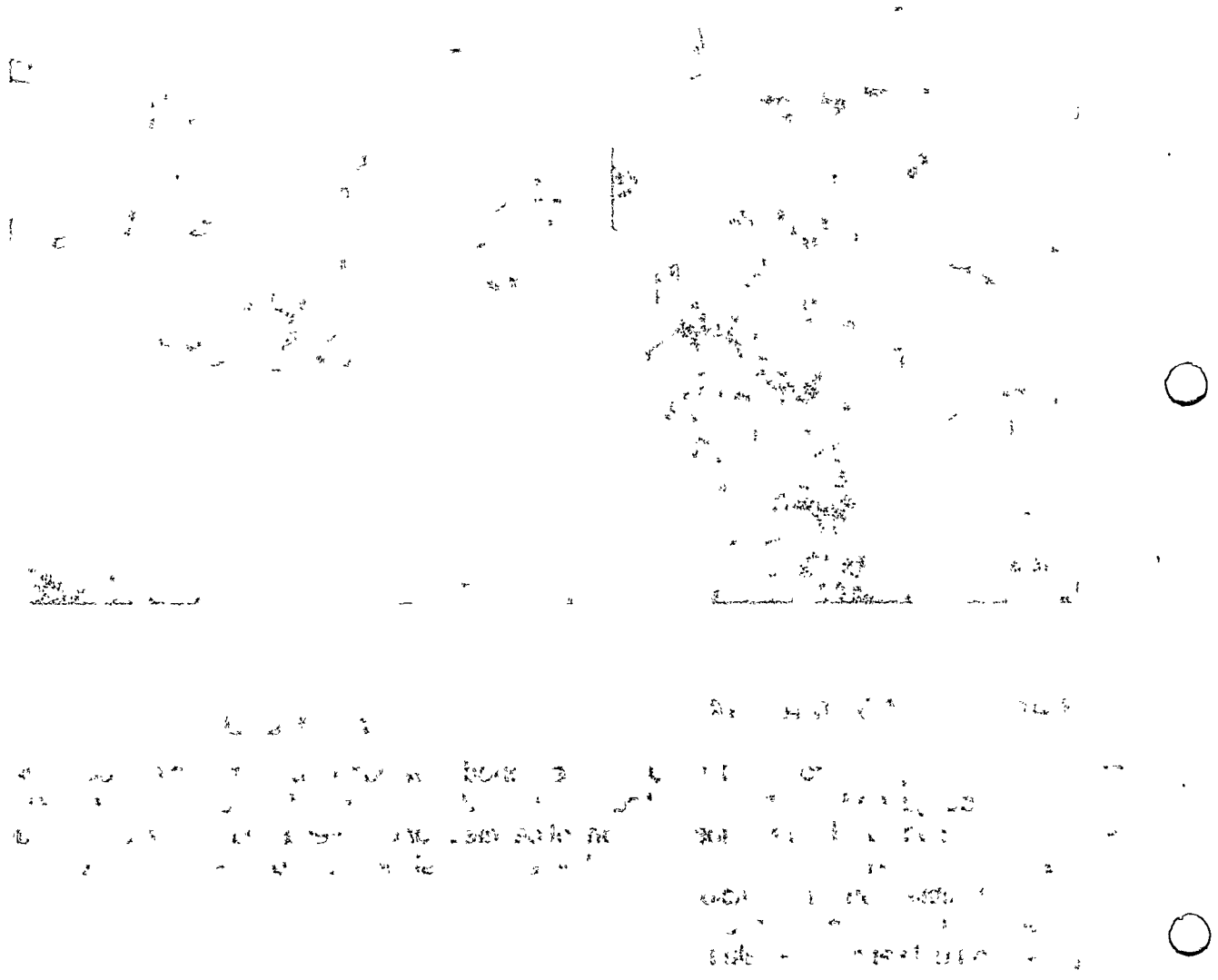




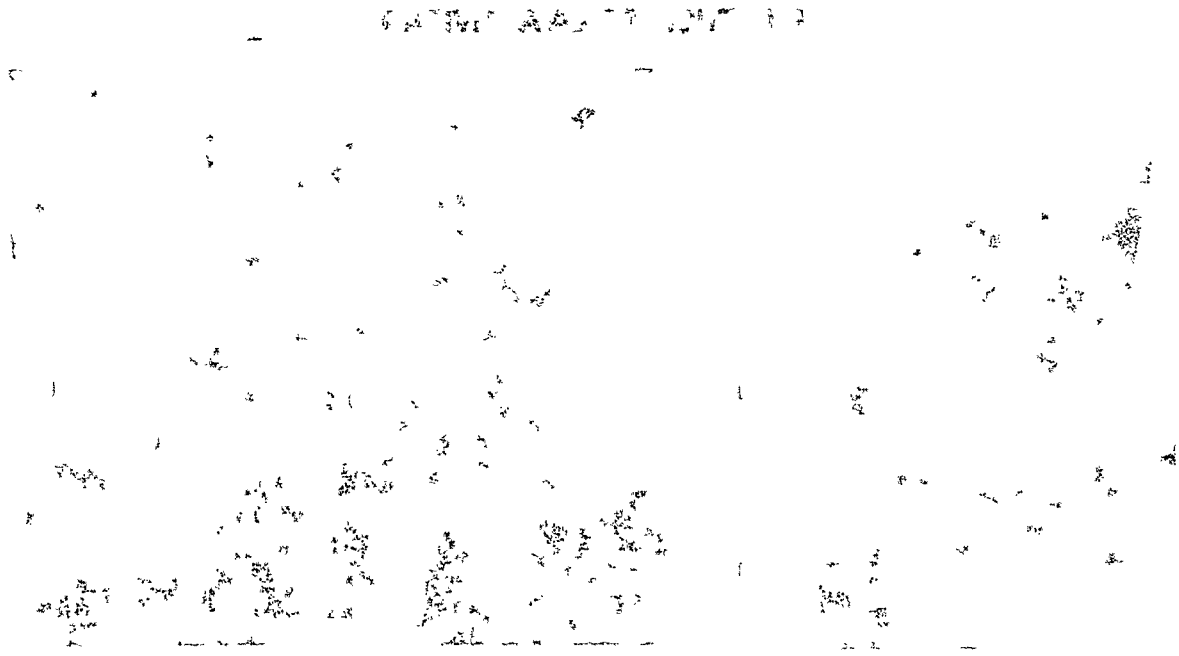
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 5.	ACTIVIDAD
Brindar atención directa y seguimiento a pacientes en observación, garantizando el cumplimiento de los planes de cuidado establecidos, Elaborar, diligenciar y mantener actualizada la historia clínica y demás registros asistenciales de manera completa	Durante el periodo se brindó atención directa y seguimiento continuo a los pacientes en observación, garantizando el cumplimiento de los planes de cuidado de enfermería de acuerdo con su evolución clínica y necesidades asistenciales.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD
 

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	ACTIVIDAD
Garantizar el cumplimiento de las normas de bioseguridad, control de infecciones y manejo de residuos hospitalarios, Optimizar el uso de los recursos disponibles en el servicio, contribuyendo a la eficiencia y calidad en la prestación del servicio de salud	Durante el período evaluado, se priorizó la estricta vigilancia en el cumplimiento de las normas de bioseguridad y los protocolos de control de infecciones, asegurando un entorno seguro tanto para el personal asistencial como para los usuarios.



EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7.	**ACTIVIDAD**
Educar al paciente y su familia sobre cuidados, tratamiento, uso de medicamentos y signos de alarma. Realizar vigilancia epidemiológica y reporte de eventos de interés en salud pública, conforme a los lineamientos institucionales y normatividad vigente	Se desarrollaron jornadas continuas de **educación dirigidas al paciente y su núcleo familiar.** Este proceso formativo se centró en la comprensión de los cuidados generales, la adherencia estricta al tratamiento prescrito, el uso seguro y responsable de los medicamentos, y la identificación oportuna de **signos de alarma** que requieran atención médica inmediata



EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 8.	ACTIVIDAD
Verificar, organizar y garantizar la disponibilidad y correcto funcionamiento de equipos, insumos y medicamentos del área de urgencias	Durante el período reportado, se priorizó la eficiencia operativa en el área de urgencias mediante la **verificación, organización y control diario de inventarios.** Este proceso técnico aseguró la **disponibilidad inmediata y el correcto funcionamiento** de los equipos biomédicos, insumos estratégicos y medicamentos de carro de paro y stock general, mitigando riesgos de desabastecimiento y garantizando una respuesta oportuna ante emergencias críticas.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	

NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ

CC: 1115065525
Contratista

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

ACTA DE SUPERVISION No. 3 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL FECHA D 4 JULIO AL 4 AGOSTO 2026 FECHA DEL INFORME: AGOSTO 5- 2026						
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO						
No. Contrato o convenio:	2026-097					
Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ENFERMERA PROFESIONAL, DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA.					
Clase de Contrato o convenio:	SERVICIOS PROFESIONALES					
No. de Registro Presupuestal:	20260309					
Fecha Inicio:	4 JUNIO-2026					
Fecha Terminación:	4 OCTUBRE 2026					
El contrato cuenta con prorroga	Si		No	X	**Fecha de terminación incluyendo prorroga**	
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución en este periodo.	60%					
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	60%					
Nombre del contratista:	NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ					
CC / Nit:	1115065525					
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ					
Cargo del Supervisor:	Sub Directora 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) Se realizó la clasificación (triage) de los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias, aplicando los protocolos institucionales para garantizar una atención priorizada de acuerdo con su condición clínica.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo se realizó la clasificación (triage) de los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias,esta actividad permitió identificar la prioridad de atención de cada usuario según su estado de salud. Se tuvo en cuenta la condición, los signos y síntomas presentados por cada paciente. De esta manera, se logró brindar una atención oportuna, segura y organizada. Asimismo, se contribuyó a mejorar los tiempos de atención y la distribución de los pacientes. Todo ello permitió dar continuidad a la atención de acuerdo con las necesidades de cada usuario.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
 

2) Ejecutar la valoración inicial de enfermería a los pacientes que ingresan al servicio de urgencias, identificando signos y síntomas relevantes y reportando oportunamente al médico tratante

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo se realizó la valoración inicial de enfermería a los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias, atendiendo a personas de diferentes edades. Se identificaron los principales signos y síntomas de acuerdo con las enfermedades o motivos de consulta. Los hallazgos importantes fueron informados oportunamente al médico para facilitar la atención y el inicio del tratamiento. Estas acciones permitieron brindar una atención segura, oportuna y de calidad, teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente.
 

3) Administrar medicamentos, líquidos y tratamientos prescritos, verificando dosis, vías de administración, tiempos y posibles reacciones adversas

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

Durante el periodo se administraron medicamentos, líquidos y otros tratamientos indicados a los pacientes del servicio de urgencias. Se verificó la orden médica, los datos del paciente, la cantidad, la forma y el horario de cada medicamento. Además, se observó la evolución de los pacientes y se informó al médico sobre cualquier cambio o novedad, dejando el registro correspondiente en la historia clínica. Estas actividades permitieron brindar una atención segura y oportuna.

Evidencias:





4) Preparar y asistir en la ejecución de procedimientos médicos y de enfermería en el área de urgencias, garantizando condiciones de seguridad y calidad, monitoreo continuo de signos vitales y estado clínico de los pacientes, reportando de manera inmediata cualquier cambio significativo.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo se apoyó en la preparación y realización de diferentes procedimientos médicos y de enfermería en el servicio de urgencias, cumpliendo con las normas de seguridad y cuidado establecidas. Además, se realizó seguimiento a los signos vitales y al estado de salud de los pacientes, identificando e informando oportunamente cualquier cambio al médico. Estas actividades permitieron brindar una atención segura, oportuna y adecuada a las necesidades de cada paciente

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
 

5) Brindar atención directa y seguimiento a pacientes en observación, garantizando el cumplimiento de los planes de cuidado establecidos, Elaborar, diligenciar y mantener actualizada la historia clínica y demás registros asistenciales de manera completa, oportuna y veraz, conforme a la normatividad vigente.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo se brindó atención directa y seguimiento continuo a los pacientes en observación, garantizando el cumplimiento de los planes de cuidado de enfermería de acuerdo con su evolución clínica y necesidades asistenciales. Asimismo, se realizó el diligenciamiento, actualización y verificación permanente de la historia clínica y demás registros asistenciales, asegurando que la información fuera consignada de manera completa, oportuna, clara y veraz, en cumplimiento de la normatividad vigente y los lineamientos institucionales. Estas acciones contribuyeron a garantizar la continuidad del cuidado, la seguridad del paciente y la calidad en la prestación del servicio de urgencias


6) Garantizar el cumplimiento de las normas de bioseguridad, control de infecciones y manejo de residuos hospitalarios, Optimizar el uso de los recursos disponibles en el servicio, contribuyendo a la eficiencia y calidad en la prestación del servicio de salud.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el período evaluado, se priorizó la estricta vigilancia en el cumplimiento de las normas de bioseguridad y los protocolos de control de infecciones, asegurando un entorno seguro tanto para el personal asistencial como para los usuarios. Asimismo, se supervisó de manera rigurosa el correcto manejo y segregación de residuos hospitalarios, alineando las prácticas del servicio con las normativas ambientales y sanitarias vigentes.
:  

7) Educar al paciente y su familia sobre cuidados, tratamiento, uso de medicamentos y signos de alarma. Realizar vigilancia epidemiológica y reporte de eventos de interés en salud pública, conforme a los lineamientos institucionales y normatividad vigente.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo se realizaron actividades de educación dirigidas a los pacientes y sus familias sobre los cuidados necesarios, el cumplimiento del tratamiento, el uso adecuado de los medicamentos y la identificación de signos de alarma. Asimismo, se reportaron eventos e incidentes para fortalecer la seguridad del paciente, mejorar la atención y prevenir posibles riesgos durante la prestación de los servicios de salud.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
 

8) Verificar, organizar y garantizar la disponibilidad y correcto funcionamiento de equipos, insumos y medicamentos del área de urgencias Aplicar los protocolos institucionales de atención en urgencias, seguridad del paciente, referencia y contra referencia.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo se realizó la revisión y organización diaria de los equipos, medicamentos e insumos del servicio de urgencias, garantizando su disponibilidad para la atención de los pacientes. Asimismo, se brindó atención siguiendo los protocolos establecidos y las normas de seguridad del paciente. También se apoyó la coordinación de traslados y remisiones de usuarios que requerían atención en otros servicios o instituciones, asegurando la continuidad de su cuidado
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:	**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)**	
junio	216000	270000	345600	52700	1083295218
julio	216000	270000	345600	52700	1084125742
Totales	**$432000**	**$540000**	**$691200**	**$105400**	

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	**188676407**	Banco:	BOGOTA	Tipo de cuenta	AHORROS
FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)					
CUENTA DE COBRO No. 3					

AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES		
Número de registro presupuestal	**Rubro**	**Valor**
20260309		

TOTAL	
ITEM	**VALOR EN PESOS**
Valor Inicial del contrato	27.000.000
Valor Adiciones o reducciones	
Valor Total del contrato	27.000.000
Valor pagado	10.800.000
Valor a pagar	3.060.000
SALDO	13.140.000

2) VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

OBSERVACION: Por medio de la presente, se notifica que se aplicará un descuento al pago general de este mes. Este ajuste se debe a que en el mes de junio se liquidó la mensualidad completa, cuando correspondía un monto menor. Dicha diferencia responde a un ajuste por el incumplimiento de actividades debido a una calamidad doméstica. En consecuencia, se procede a regularizar el saldo de la dicho 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. 2026-097 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 tresmillones sesentamil pesos M/CTE, ($3.060.000)

Yani Lorena Robles Ramírez
Supervisora de contrato
Sub-directora científica

Proyectó y Elaboro: Yani Lorena Robles Ramírez - Supervisora
Revisó: Mario Echeverry Álvarez – Asesor Jurídico
Aprobó: Vivian Lorena Marulanda - Gerente

DAVIVIENDA

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

Encabezado Proceso de Pago

Nombre Proceso de Pago	NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ	**Estado Proceso**	Pendiente de Respuesta
Nº Proceso de Pago	55202537		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400052309		
Fecha de Creacion	05/08/2026	**Fecha de Pago**	05/08/2026 16:09
Total de Registros	1	**Monto Total**	$ 3.029.000,00
Registros Ingresados	1	**Monto Ingresado**	$ 3.029.000,00

Detalle de Pagos

Nit Destino	Nombre Destino	Referencia	Tipo Producto o Servicio Destino	Producto o Servicio Destino	Entidad Destino	Valor	Estado	Motivo Rechazo
1115065525	NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ	0000008903091156	Ahorros	188676407	BOGOTA	$ 3.029.000,00	Pendiente de Respuesta	

HOSPITAL LOCAL MUNICIO DE YOTOCO E.S.E. (FORTALECIMIENTO)

NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ C.C. 1,115,065,525

CTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA No. 188 676 407

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
5/08/2026	DSH-1479	$ 3.060.000		$ 3.060.000	$ 31.000					$ 3.029.000
TOTAL		**$ 3.060.000**	##	**$ 3.060.000**	**$ 31.000**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ 3.029.000**