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. **DSHY1473**

18764078397051

CUDS:c98da5e83e1b0c485738e2ec850cc05f3df4f6f22ed1d3f4183e4c54b9a97ceabf5bdc3f20c4b37d837ea638bcaa1dc9

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	BARBOSA VELEZ JUAN SEBASTIAN
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	1193222238
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	CL 22 12 53
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3159275979
Ciudad:	YOTOCO	**Ciudad:**	BUGA
País:	Colombia	**País:**	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
04/08/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	04/09/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
04/08/2026 04:35:06	04/08/2026 04:35:29		

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIASDE LA ESE EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA DURANTE EL MES DE JULIO	1	UNIDAD	$5,400,000	$5,400,000

TOTAL ÍTEMS: 1

VALORES EN LETRA: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS

OBSERVACIONES:
PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIASDE LA ESE EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA DURANTE EL MES DE JULIO

SUBTOTAL	$5,400,000.00
TOTAL RETENCIONES	$0.00
TOTAL	$5,400,000.00

Fecha de recibido:
Nombre:
Identificación:
Firma:

RECIBIDO CONFORME FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE

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

Linea de negocio:
Fecha Generación Erp: 2026-08-04 04: 35:06 - Fecha Validación Dian: 2026-08-0404:35:29

© 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:
Juan Sebastian Barbosa Velez
CC 1193222238 de Guadalajara de Buga.

LA SUMA DE: CINCO MILLONES CUATROCINETOS MIL PESOS M/C ($5.400.000,00)

POR CONCEPTO DE:

Pago de segunda cuota de contrato No. 2026-099

OBJETO:

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

Yotoco, 04 de 08 de 2026

Consignar cuenta de ahorros Davivienda, Número de cuenta: 0570 4884 7230 0968

Firma: Sebastian B
C.C. 1193222238
Teléfono: 3159275979
Dirección: calle 22 # 12-53
Correo: bvjuanse8727@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		

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: Sebastian B
C.C. 1193222238
Teléfono: 3159275979
Dirección: calle 22 # 12-53
Correo: bvjuanse8727@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.

INFORME PARCIAL 3
CONTRATO
2026- 099 DE 2026

OBJETO

PRESTACION DE SERVICIOS, COMO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

PERIODO

DEL 04 DE JULIO AL 04 DE AGOSTO DE 2026

Doctora:

YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ

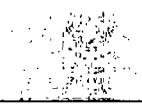
Supervisora Contrato
Sub-directora Científica
Hospital Local Yotoco
Yotoco-Valle

REFERENCIA: PRESENTACIÓN INFORME

Cordial saludo.

Yo, **Juan Sebastian Barbosa Velez**, identificado con cedula de ciudadanía No 1193222238, 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**
Atención integral, coordinación y gestión del servicio de urgencias.	Durante el período objeto del presente informe desarrollé actividades asistenciales, administrativas y de coordinación inherentes al servicio de urgencias, orientadas a garantizar una atención integral, segura, oportuna, humanizada y con criterios de calidad para los usuarios atendidos en la institución. Participé activamente en la organización y coordinación de las actividades operativas de cada turno, promoviendo el adecuado funcionamiento del servicio, la articulación efectiva con el equipo interdisciplinario y el cumplimiento de los protocolos institucionales, contribuyendo a la continuidad del cuidado y a la optimización de los procesos asistenciales. Asimismo, brindé acompañamiento y orientación al personal de reciente ingreso, facilitando su adaptación al servicio mediante el fortalecimiento de competencias técnicas, la estandarización de procedimientos y la promoción de buenas prácticas de atención. Como parte de la atención directa, participé en el manejo integral de pacientes con patologías médicas, obstétricas y pediátricas, apoyando los procesos de estabilización clínica, ejecución del plan terapéutico y seguimiento de la evolución del paciente, favoreciendo el cumplimiento de los objetivos institucionales y la prestación de un servicio eficiente y seguro.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	

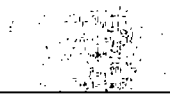


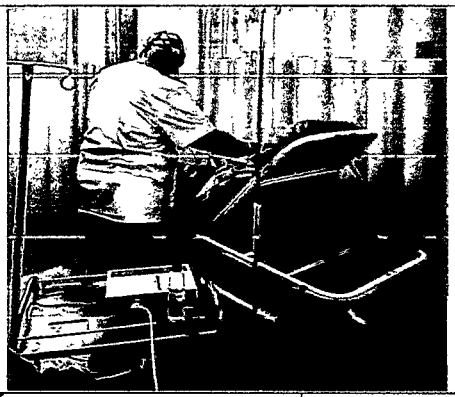
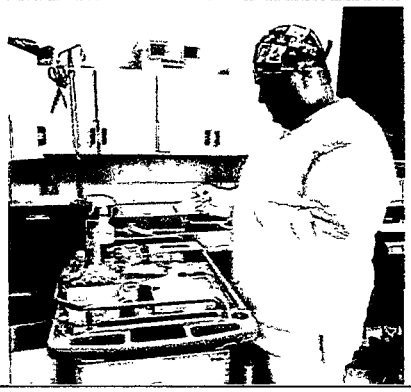



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.	ACTIVIDAD
Fortalecimiento de competencias del personal y cumplimiento de protocolos institucionales.	Durante el período evaluado se dio continuidad a las estrategias de fortalecimiento de competencias del personal asistencial mediante procesos permanentes de capacitación, acompañamiento y retroalimentación desarrollados durante la jornada laboral y en los cambios de turno. Se reforzaron conocimientos relacionados con la administración segura de medicamentos, correcta elaboración de registros de enfermería, valoración clínica, toma e interpretación básica de signos vitales, canalización de accesos venosos periféricos, realización de electrocardiogramas, monitoreo fetal, manejo de dispositivos respiratorios, higiene de manos, bioseguridad, prevención de eventos adversos y adherencia a los protocolos institucionales. De igual manera, se mantuvo la implementación de la estrategia institucional denominada "Cinco Minutos de Seguridad", orientada al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente, comunicación efectiva, identificación y gestión de riesgos asistenciales, humanización del servicio y mejoramiento continuo de la calidad de la atención.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	




OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	ACTIVIDAD



Valoración clínica, procedimientos de enfermería y gestión del riesgo del paciente	Durante el período evaluado realicé la valoración inicial de enfermería a los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias, identificando oportunamente signos clínicos, síntomas y factores de riesgo que permitieran establecer prioridades de atención de acuerdo con el nivel de complejidad y condición clínica de cada usuario. En el ejercicio de las funciones asistenciales ejecuté procedimientos propios del profesional de enfermería, entre ellos clasificación mediante triage, administración segura de medicamentos conforme a la prescripción médica, toma de electrocardiogramas, monitoreo fetal, canalización de accesos venosos, instalación de sondas y demás intervenciones requeridas, garantizando el cumplimiento de los principios de seguridad del paciente mediante la verificación permanente de la identificación correcta, medicamento, dosis, vía, horario y demás medidas de control establecidas. Adicionalmente, realicé seguimiento continuo a los pacientes en observación mediante valoración periódica de su evolución clínica, identificando oportunamente cambios en su condición de salud y notificándolos al médico tratante para favorecer una intervención temprana, la continuidad del cuidado y la disminución de riesgos asociados a la atención.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	**ACTIVIDAD**
Valoración integral del paciente y análisis de factores clínicos que afectan la atención.	Durante el período evaluado desarrollé la valoración integral de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias mediante la recopilación y análisis de antecedentes personales, motivo de consulta, examen físico, resultados diagnósticos y evolución clínica, permitiendo identificar oportunamente factores que pudieran influir en el pronóstico, recuperación y continuidad del tratamiento.

	Durante este proceso se detectaron pacientes con enfermedades crónicas, factores de riesgo cardiovascular, gestaciones de alto riesgo, patologías respiratorias, alteraciones en salud mental y otras condiciones que requirieron seguimiento especializado, activación de rutas institucionales, intervención interdisciplinaria o remisión a niveles de mayor complejidad cuando fue necesario. Estas actividades fortalecieron la gestión integral del riesgo, facilitaron la toma de decisiones clínicas oportunas y contribuyeron al desarrollo de una atención centrada en las necesidades individuales de cada paciente.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 5.	**ACTIVIDAD**
Educación al paciente y su familia para el autocuidado y adherencia al tratamiento.	Durante el período evaluado desarrollé actividades permanentes de educación para la salud dirigidas a pacientes, familiares y cuidadores atendidos en el servicio de urgencias, orientadas al fortalecimiento del autocuidado, la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y la adecuada utilización de los servicios de salud. Las intervenciones educativas fueron realizadas principalmente durante la valoración de enfermería, la administración de medicamentos, la ejecución de procedimientos y el proceso de egreso, adaptando la información a las condiciones clínicas, nivel de comprensión y contexto familiar de cada usuario para favorecer una participación activa en su proceso de recuperación. Dentro de los principales temas abordados se incluyeron adherencia al tratamiento farmacológico, asistencia a controles médicos, alimentación saludable, actividad física, cumplimiento de esquemas de vacunación, prevención de enfermedades transmisibles y crónicas, identificación de signos y síntomas de alarma, manejo

	adecuado de medicamentos y fortalecimiento de prácticas de autocuidado. Igualmente, se brindó orientación sobre la influencia de los determinantes sociales de la salud, el apoyo familiar, las condiciones socioeconómicas y los factores ambientales que pueden incidir en la evolución clínica y bienestar de los pacientes.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	**ACTIVIDAD**
Clasificación (Triage), valoración inicial y seguimiento clínico de enfermería.	Durante el período evaluado realicé la clasificación inicial de los pacientes mediante la aplicación del sistema institucional de triage, priorizando la atención de acuerdo con el nivel de gravedad, riesgo vital y necesidades clínicas identificadas. Posteriormente ejecuté la valoración inicial de enfermería mediante la toma de signos vitales, evaluación del estado general, identificación del motivo de consulta, revisión de antecedentes clínicos y detección temprana de signos de alarma, proporcionando información relevante para la toma de decisiones médicas y optimizando la oportunidad en la atención. Asimismo, efectué seguimiento continuo a los pacientes en observación mediante reevaluaciones periódicas, verificando su evolución clínica, identificando cambios en su estado de salud y notificando oportunamente las novedades al equipo médico, garantizando la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	

 	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7.	**ACTIVIDAD**
Vigilancia y notificación de eventos de interés en salud pública	Durante el período evaluado participé activamente en la identificación, vigilancia y notificación de eventos de interés en salud pública detectados durante la atención de los usuarios del servicio de urgencias, de conformidad con los lineamientos institucionales y la normatividad vigente. La identificación de estos eventos se realizó mediante la valoración inicial de enfermería, el proceso de triage, la revisión de antecedentes clínicos, la evaluación continua del paciente y el análisis de factores de riesgo, permitiendo la activación oportuna de las rutas institucionales y la notificación a los programas correspondientes. Adicionalmente, realicé seguimiento a población priorizada, incluyendo gestantes, población pediátrica, pacientes con sospecha de enfermedades de notificación obligatoria y usuarios con condiciones de riesgo, fortaleciendo el sistema institucional de vigilancia epidemiológica y favoreciendo la implementación oportuna de medidas de prevención, control y protección de la salud pública.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 	

Juan Sebastian Barbosa Velez
CC: 1193222238
Correo: Bvjuanse8727@gmail.com
Contratista
Nombre del contratista – CC



Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACIÓN CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-07-29, 04:43:19 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1083342219

Periodo Cotización: julio de 2026 | Periodo Servicio: julio de 2026 | Referencia pago 8824158729

PAGADA 28/07/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN SEBASTIAN BARBOSA VELEZ		
Documento	CC1193222238	Dirección	CL 22 #12 - 53
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3159275979
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BUGA	Departamento	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	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 Ministerio	Total
CC 1193222238	JUAN SEBASTIAN BARBOSA VELEZ	59	0																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$2,160,000	$345,600	(EPS018) S.O.S EPS	$2,160,000	$270,000	2,436	$2,160,000	$52,700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$668,300

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Caja	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
$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 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

ACTA DE SUPERVISION No. 3 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL FECHA DEL INFORME: 04 DE JULIO AL 04 DE AGOSTO DEL 2026						
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO						
No. Contrato o convenio:	2026 - 099					
Objeto:	Prestación de servicios como enfermero profesional para el servicio de urgencias para el hospital local de yotoco.					
Clase de Contrato o convenio:	SERVICIOS PROFESIONALES					
No. de Registro Presupuestal:	CO3					
Fecha Inicio:	04 de mayo del 2026					
Fecha Terminación:	04 de octubre del 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:	Juan Sebastian Barbosa Velez					
CC / Nit:	1193222238					
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.**

1) Atención integral, coordinación y gestión del servicio de urgencias.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

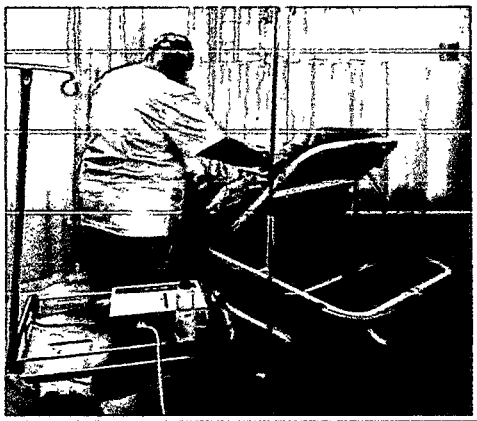
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el período objeto del presente informe desarrollé actividades asistenciales, administrativas y de coordinación inherentes al servicio de urgencias, orientadas a garantizar una atención integral, segura, oportuna, humanizada y con criterios de calidad para los usuarios atendidos en la institución. Participé activamente en la organización y coordinación de las actividades operativas de cada turno, promoviendo el adecuado funcionamiento del servicio, la articulación efectiva con el equipo interdisciplinario y el cumplimiento de los protocolos institucionales, contribuyendo a la continuidad del cuidado y a la optimización de los procesos asistenciales. Asimismo, brindé acompañamiento y orientación al personal de reciente ingreso, facilitando su adaptación al servicio mediante el fortalecimiento de competencias técnicas, la estandarización de procedimientos y la promoción de buenas prácticas de atención. Como parte de la atención directa, participé en el manejo integral de pacientes con patologías médicas, obstétricas y pediátricas, apoyando los procesos de estabilización clínica, ejecución del plan terapéutico y seguimiento de la evolución del paciente, favoreciendo el cumplimiento de los objetivos institucionales y la prestación de un servicio eficiente y seguro.
Evidencia:  

2) Fortalecimiento de competencias del personal y cumplimiento de protocolos institucionales.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el período evaluado se dio continuidad a las estrategias de fortalecimiento de competencias del personal asistencial mediante procesos permanentes de capacitación, acompañamiento y retroalimentación desarrollados durante la jornada laboral y en los cambios de turno. Se reforzaron conocimientos relacionados con la administración segura de medicamentos, correcta elaboración de registros de enfermería, valoración clínica, toma e interpretación básica de signos vitales, canalización de accesos venosos periféricos, realización de electrocardiogramas, monitoreo fetal, manejo de dispositivos respiratorios, higiene de manos, bioseguridad, prevención de eventos adversos y adherencia a los protocolos institucionales. De igual manera, se mantuvo la implementación de la estrategia institucional denominada "Cinco Minutos de Seguridad", orientada al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente, comunicación efectiva,

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
identificación y gestión de riesgos asistenciales, humanización del servicio y mejoramiento continuo de la calidad de la atención.
Evidencia:  

3) Valoración clínica, procedimientos de enfermería y gestión del riesgo del paciente

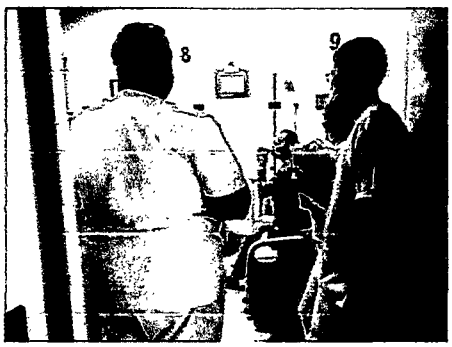
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el período evaluado realicé la valoración inicial de enfermería a los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias, identificando oportunamente signos clínicos, síntomas y factores de riesgo que permitieran establecer prioridades de atención de acuerdo con el nivel de complejidad y condición clínica de cada usuario. En el ejercicio de las funciones asistenciales ejecuté procedimientos propios del profesional de enfermería, entre ellos clasificación mediante triage, administración segura de medicamentos conforme a la prescripción médica, toma de electrocardiogramas, monitoreo fetal, canalización de accesos venosos, instalación de sondas y demás intervenciones requeridas, garantizando el cumplimiento de los principios de seguridad del paciente mediante la verificación permanente de la identificación correcta, medicamento, dosis, vía, horario y demás medidas de control establecidas. Adicionalmente, realicé seguimiento continuo a los pacientes en observación mediante valoración periódica de su evolución clínica, identificando oportunamente cambios en su condición de salud y notificándolos al médico tratante para favorecer una intervención temprana, la continuidad del cuidado y la disminución de riesgos asociados a la atención.
Evidencias:  

4) Valoración integral del paciente y análisis de factores clínicos que afectan la atención.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el período evaluado desarrollé la valoración integral de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias mediante la recopilación y análisis de antecedentes personales, motivo de consulta, examen físico, resultados diagnósticos y evolución clínica, permitiendo identificar oportunamente factores que pudieran influir en el pronóstico, recuperación y continuidad del tratamiento. Durante este proceso se detectaron pacientes con enfermedades crónicas, factores de riesgo cardiovascular, gestaciones de alto riesgo, patologías respiratorias, alteraciones en salud mental y otras condiciones que requirieron seguimiento especializado, activación de rutas institucionales, intervención interdisciplinaria o remisión a niveles de mayor complejidad cuando fue necesario. Estas actividades fortalecieron la gestión integral del riesgo, facilitaron la toma de decisiones clínicas oportunas y contribuyeron al desarrollo de una atención centrada en las necesidades individuales de cada paciente.
EVIDENCIA: 

5) Educación al paciente y su familia para el autocuidado y adherencia al tratamiento.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el período evaluado desarrollé actividades permanentes de educación para la salud dirigidas a pacientes, familiares y cuidadores atendidos en el servicio de urgencias, orientadas al fortalecimiento del autocuidado, la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y la adecuada utilización de los servicios de salud. Las intervenciones educativas fueron realizadas principalmente durante la valoración de enfermería, la administración de medicamentos, la ejecución de procedimientos y el proceso de egreso, adaptando la información a las condiciones clínicas, nivel de comprensión y contexto familiar de cada usuario para favorecer una participación activa en su proceso de recuperación. Dentro de los principales temas abordados se incluyeron adherencia al tratamiento farmacológico, asistencia a controles médicos, alimentación saludable, actividad física, cumplimiento de esquemas de vacunación, prevención de enfermedades transmisibles y crónicas, identificación de signos y síntomas de alarma, manejo adecuado de medicamentos y fortalecimiento de prácticas de autocuidado.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Igualmente, se brindó orientación sobre la influencia de los determinantes sociales de la salud, el apoyo familiar, las condiciones socioeconómicas y los factores ambientales que pueden incidir en la evolución clínica y bienestar de los pacientes.
EVIDENCIA:  

6) Clasificación (Triage), valoración inicial y seguimiento clínico de enfermería.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el período evaluado realicé la clasificación inicial de los pacientes mediante la aplicación del sistema institucional de triage, priorizando la atención de acuerdo con el nivel de gravedad, riesgo vital y necesidades clínicas identificadas. Posteriormente ejecuté la valoración inicial de enfermería mediante la toma de signos vitales, evaluación del estado general, identificación del motivo de consulta, revisión de antecedentes clínicos y detección temprana de signos de alarma, proporcionando información relevante para la toma de decisiones médicas y optimizando la oportunidad en la atención. Asimismo, efectué seguimiento continuo a los pacientes en observación mediante reevaluaciones periódicas, verificando su evolución clínica, identificando cambios en su estado de salud y notificando oportunamente las novedades al equipo médico, garantizando la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.
EVIDENCIA:  

7) Vigilancia y notificación de eventos de interés en salud pública

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el período evaluado participé activamente en la identificación, vigilancia y notificación de eventos de interés en salud pública detectados durante la atención de los usuarios del servicio de urgencias, de conformidad con los lineamientos institucionales y la normatividad vigente. La identificación de estos eventos se realizó mediante la valoración inicial de enfermería, el proceso de triage, la revisión de antecedentes clínicos, la evaluación continua del paciente y el análisis de factores de riesgo, permitiendo la activación oportuna de las rutas institucionales y la notificación a los programas correspondientes. Adicionalmente, realicé seguimiento a población priorizada, incluyendo gestantes, población pediátrica, pacientes con sospecha de enfermedades de notificación obligatoria y usuarios con condiciones de riesgo, fortaleciendo el sistema institucional de vigilancia epidemiológica y favoreciendo la implementación oportuna de medidas de prevención, control y protección de la salud pública.
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)**	
Mayo	**1.944.000**	**243.000**	**311.000**	**47.400**	**1082394235**
Junio	**2.160.000**	**270.000**	**345.000**	**52.700**	**1082394370**
Julio	**2.160.000**	**270.000**	**345.000**	**52.700**	**1083342219**
Totales					

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA

INFORMACIÓN BANCARIA

Cuenta Bancaria No.	**0570 4884 7230 0968**	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de cuenta	AHORROS

FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)

CUENTA DE COBRO No. 3	

AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES

Número de registro presupuestal	**Rubro**	**Valor**

ITEM	**VALOR EN PESOS**
TOTAL	
Valor Inicial del contrato	27.000.000
Valor Adiciones o reducciones	0
Valor Total del contrato	27.000.000
Valor pagado	16.200.000
Valor a pagar	5.400.000
SALDO	10.800.000

10.800.000

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.2026-099 certifico que el 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 Cinco millones cuatrocientos mil pesos M/CTE, (5.400.000)

DAVIVIENDA

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

Encabezado Proceso de Pago

Nombre Proceso de Pago	JUAN SEBASTIAN BARBOSA VELEZ	**Estado Proceso**	Pagado
Nº Proceso de Pago	55202344		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400052309		
Fecha de Creacion	05/08/2026	**Fecha de Pago**	05/08/2026 16:03
Total de Registros	1	**Monto Total**	$ 4.941.000,00
Registros Ingresados	1	**Monto Ingresado**	$ 4.941.000,00

Detalle de Pagos

Nit Destino	Nombre Destino	Referencia	Tipo Producto o Servicio Destino	Producto o Servicio Destino	Entidad Destino	Valor	Estado	Motivo Rechazo
1193222238	JUAN SEBASTIAN BARBOSA VELEZ	0000008903091156	Ahorros	488472300968	DAVIVIENDA	$ 4.941.000,00	Pago Exitoso	

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

JUAN SEBASTIAN BARBOSA VELEZ C.C. 1,193,222,238

CTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA No. 057 048 847 230 096 8

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
4/08/2026	DSH-1475	$ 5.400.000		$ 5.400.000	$ 54.000		$ 54.000	$ 135.000	$ 216.000	$ 4.941.000
TOTAL		$ 5.400.000	$ -	$ 5.400.000	$ 54.000	$ -	$ 54.000	$ 135.000	$ 216.000	$ 4.941.000