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. **DSHY1487**

18764078397051

CUDS:17f68fba0ad9fd22cee8ed1fc0f6413b971909c60e39362df107b444eb28313b0fc92cf88cf3433a8d8d272dd42ce28c

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	RODRIGUEZ GUEVARA CESAR DAVID
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	94482352
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	CLL 6 790
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3112961156
Ciudad:	YOTOCO	**Ciudad:**	YOTOCO
País:	Colombia	**País:**	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
06/08/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	06/09/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
06/08/2026 10:32:20	06/08/2026 10:33:15		

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR PARA OPERAR LOS VEHICULOS ASIGNADOS A LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE, DURANTE EL MES DE JULIO	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 CONDUCTOR PARA OPERAR LOS VEHICULOS ASIGNADOS A LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE, DURANTE EL MES DE JULIO

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:

Línea de negocio:
Fecha Generación Erp: 2026-08-06 10: 32:20 - Fecha Validación Dian: 2026-08-0610:33:15

© 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:
CESAR DAVID RODRIGUEZ GUEVARA
CC 94,482,352 de Buga

LA SUMA DE: TRES MILLONES, SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTO SETENTA Y UN PESOS M/C ($ 3,748,571)

POR CONCEPTO DE:

PRESTACION DE SERVICIO COMO CONDUCTOR PARA OPERAR VEHICULOS ASIGNADOS A LA E.S.E HOSPITAL LOCAL EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE.

OBJETO:

PRESTACION DE SERVICIO COMO CONDUCTOR PARA OPERAR VEHICULOS ASIGNADOS A LA E.S.E HOSPITAL LOCAL EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE.

Yotoco, 06 de AGOSTO de 2026

Consignar cuenta, BANCOLOMBIA Número de cuenta: 848-881310-69

Firma:
CESAR DAVID RODRIGUEZ GUEVARA
CC 94,482,352 de Buga
Teléfono: 3112961156
Dirección: Calle 6 7-60
Correo: cesardavidrodriguez67@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 $ 7,200,000.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		
David Santiago rodriguez			x		1112390375	hijo
Juan Manuel rodriguez			x		1117022883	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:

CESAR DAVID RODRIGUEZ GUEVARA
CC 94,482,352 de Buga
Teléfono: 3112961156
Dirección: Calle 6 7-60
Correo: cesardavidrodriguez67@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.

enlace operativo

SuAporte |

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-05, 09:47:07 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 86717132

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

PAGADO 05/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CESAR DAVID RODRIGUEZ GUEVARA		
Documento	CC94482352	**Dirección**	CL 6 #7 - 90
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3112961156
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	VCP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	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 94482352	CESAR DAVID RODRIGUEZ GUEVARA	57	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.750.905	$ 216.900	4.353	$ 1.750.905	$ 76.200	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 575.300

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
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 216.900	$ 76.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 575.300	$ 0	$ 575.300

Enlace Operativo – Línea 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

INFORME PARCIAL III
CONTRATO
2026-101- DE 2026

OBJETO

PRESTACION DE SERVICIO COMO CONDUCTOR PARA OPERAR VEHICULOS ASIGNADOS A LA E.S.E HOSPITAL LOCAL EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE.

PERIODO

DEL 4 DE JULIO AL 4 DE AGOSTO DE 2026

Doctora:

YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ

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

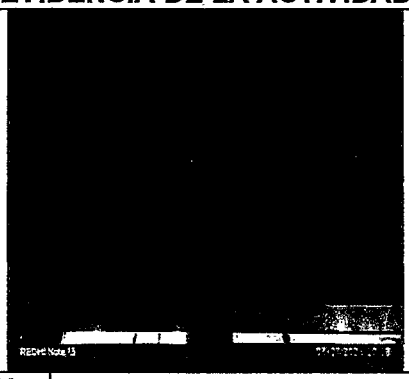
REFERENCIA: PRESENTACIÓN INFORME

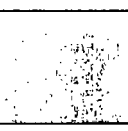
Cordial saludo.

Yo, **CESAR DAVID RODRIGUEZ GUEVARA** identificado con cedula de ciudadanía No, 94,482,352 en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No. 2026-101, atentamente presento el informe parcial III de las actividades desarrolladas de acuerdo con las obligaciones señaladas en el contrato, de la siguiente manera:

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 1.	**ACTIVIDAD**
a) Conducir los vehículos asignados garantizando seguridad y cumplimiento de normas de transito	Durante el período objeto del informe se operó la ambulancia institucional para la atención de servicios asistenciales, traslados y remisiones de pacientes, aplicando las normas de tránsito reglamentarias, técnicas de conducción seguras y los protocolos establecidos por la institución.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.	**ACTIVIDAD**
b) Realizar el traslado de pacientes en condiciones seguras y oportunas	Se efectuaron traslados de pacientes de acuerdo con todas las exigencias asistenciales, lo cual garantiza una adecuada movilidad hacia otras instituciones de mayor complejidad y entre los diferentes servicios cuando fue necesario. Cada traslado se realizó previa coordinación con el equipo de salud, utilizando los elementos de movilización apropiados según la condición clínica del usuario, preservando su estabilidad, comodidad y seguridad durante todo el recorrido.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	

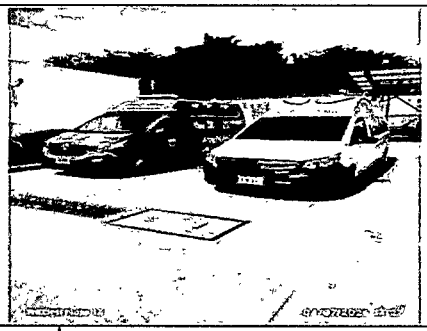
CESAR DAVID RODRIGUEZ GUEVARA 94,482,3522

	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	**ACTIVIDAD**
c) Apoyar traslados interinstitucionales (remisiones)	Para este periodo se brindó apoyo permanente en las remisiones interinstitucionales, manteniendo disponibilidad inmediata de la ambulancia para atender a los llamados generados por el personal asistencial. Esta labor permitió ejecutar los traslados dentro de los tiempos establecidos, favoreciendo la continuidad del proceso de atención y garantizando una respuesta eficiente de acuerdo con las necesidades clínicas de cada paciente.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	**ACTIVIDAD**
d) Verificar diariamente el estado del vehículo: combustible, luces, frenos, equipos médicos básicos	Antes del inicio de la jornada se efectuó la inspección preoperacional de la ambulancia, verificando el adecuado funcionamiento de los sistemas mecánicos y de seguridad, incluyendo niveles de combustible y fluidos, estado de llantas, frenos, luces, señalización y demás componentes esenciales. Igualmente, se comprobó la disponibilidad y correcto funcionamiento de los equipos e insumos médicos básicos, asegurando que el vehículo permaneciera en condiciones óptimas para la atención de las emergencias.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	



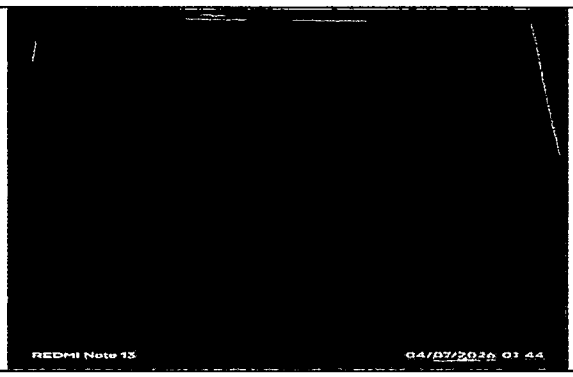


OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 5.	ACTIVIDAD
e) Reportar oportunamente fallas mecánicas o novedades del vehículo	. Se realizó monitoreo continuo de las condiciones operativas de la ambulancia, informando de manera oportuna cualquier situación que pudiera comprometer la prestación del servicio. Durante el período no se reportaron incidentes negativos que afectaran el funcionamiento del vehículo. Lo cual se reporto de manera oportuna a las jefes encargadas y la subgerente científica Yani Robles
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	ACTIVIDAD
f) Mantener el vehículo en condiciones de aseo, desinfección y funcionamiento	Se ejecutaron actividades rutinarias de limpieza, desinfección y organización de la ambulancia antes y después de cada servicio, cumpliendo los protocolos institucionales de bioseguridad. Asimismo, se verificó que el vehículo permaneciera en condiciones adecuadas de funcionamiento y presentación, garantizando un ambiente seguro tanto para los pacientes como para el personal asistencial
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	

	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7.	**ACTIVIDAD**
g) Apoyar el personal asistencial durante el traslado de pacientes, sin exceder sus competencias	Se brindó apoyo al equipo asistencial durante las actividades relacionadas con el traslado de pacientes, colaborando en la movilización, ubicación y aseguramiento del usuario dentro de la ambulancia, siempre en relación con las funciones propias del cargo y los protocolos institucionales. Estas acciones contribuyeron a fortalecer la seguridad del paciente y a garantizar una atención humanizada, eficiente y de calidad durante el transporte asistencial.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 8.	**ACTIVIDAD**
h) Diligenciar formatos de control de traslados de pacientes y bitácoras del vehículo	Se registró de manera completa, clara y oportuna la información correspondiente a los servicios prestados, diligenciando los formatos institucionales de control de traslados, registros de kilometraje, consumo de combustible, novedades y bitácoras de operación de la ambulancia. Estos registros permitieron garantizar la trazabilidad de las actividades realizadas, el adecuado control administrativo y el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la institución
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	



CESAR DAVID RODRIGUEZ GUEVARA

94,482,352

Contratista

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

ACTA DE SUPERVISION No. 03 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 04 DE JULIO AL 04 DE AGOSTO DE 2026 FECHA DEL INFORME:05/08/2026						
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO						
No. Contrato o convenio:	2026-101					
Objeto:	***PRESTACION DE SERVICIO COMO CONDUCTOR PARA OPERAR VEHICULOS ASIGNADOS A LA E.S.E HOSPITAL LOCAL EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE.***					
Clase de Contrato o convenio:	SERVICIOS PROFESIONALES					
No. de Registro Presupuestal:	20260215					
Fecha Inicio:	04/05/2026					
Fecha Terminación:	04/10/2026					
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:	CESAR DAVID RODRIGUEZ GUEVARA					
CC / Nit:	94,482,352					
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ					
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) Conducir los vehículos asignados garantizando seguridad y cumplimiento de normas de transito

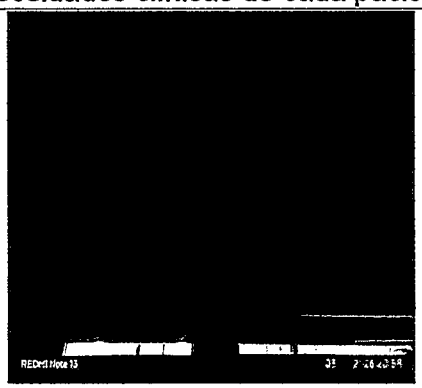
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el período objeto del informe se operó la ambulancia institucional para la atención de servicios asistenciales, traslados y remisiones de pacientes, aplicando las normas de tránsito reglamentarias, técnicas de conducción seguras y los protocolos establecidos por la institución. En cada desplazamiento se otorga prioridad a la integridad del paciente, del personal de salud y de los demás usuarios de la vía, contribuyendo de esta manera a la prestación de un servicio oportuno, eficiente y con altos estándares de seguridad



2) Realizar el traslado de pacientes en condiciones seguras y oportunas

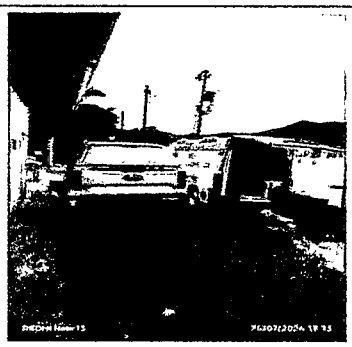
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se efectuaron traslados de pacientes de acuerdo con todas las exigencias asistenciales, lo cual garantiza una adecuada movilidad hacia otras instituciones de mayor complejidad y entre los diferentes servicios cuando fue necesario. Cada traslado se realizó previa coordinación con el equipo de salud, utilizando los elementos de movilización apropiados según la condición clínica del usuario, preservando su estabilidad, comodidad y seguridad durante todo el recorrido.


3) Apoyar traslados interinstitucionales (remisiones)

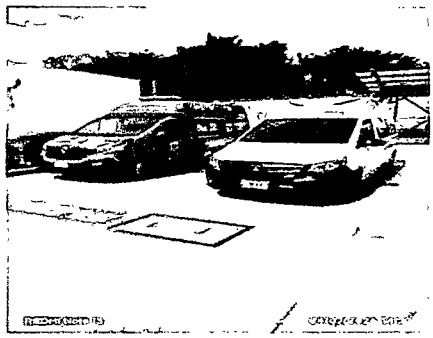
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Para este periodo se brindó apoyo permanente en las remisiones interinstitucionales, manteniendo disponibilidad inmediata de la ambulancia para atender a los llamados generados por el personal asistencial. Esta labor permitió ejecutar los traslados dentro de los tiempos establecidos, favoreciendo la continuidad del proceso de atención y garantizando una respuesta eficiente de acuerdo con las necesidades clínicas de cada paciente.
 

4) Verificar diariamente el estado del vehículo: combustible, luces, frenos, equipos médicos básicos

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Antes del inicio de la jornada se efectuó la inspección preoperacional de la ambulancia, verificando el adecuado funcionamiento de los sistemas mecánicos y de seguridad, incluyendo niveles de

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
combustible y fluidos, estado de llantas, frenos, luces, señalización y demás componentes esenciales. Igualmente, se comprobó la disponibilidad y correcto funcionamiento de los equipos e insumos médicos básicos, asegurando que el vehículo permaneciera en condiciones óptimas para la atención de las emergencias.
 

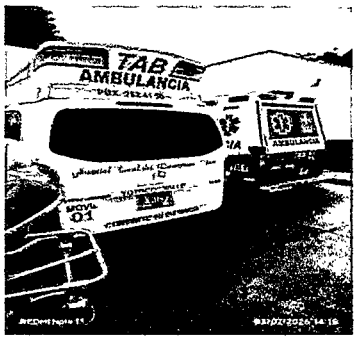
5) Reportar oportunamente fallas mecánicas o novedades del vehículo

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se realizó monitoreo continuo de las condiciones operativas de la ambulancia, informando de manera oportuna cualquier situación que pudiera comprometer la prestación del servicio. Durante el período no se reportaron incidentes negativos que afectaran el funcionamiento del vehículo. Lo cual se reporto de manera oportuna a las jefes encargadas y la subgerente científica Yani Robles .


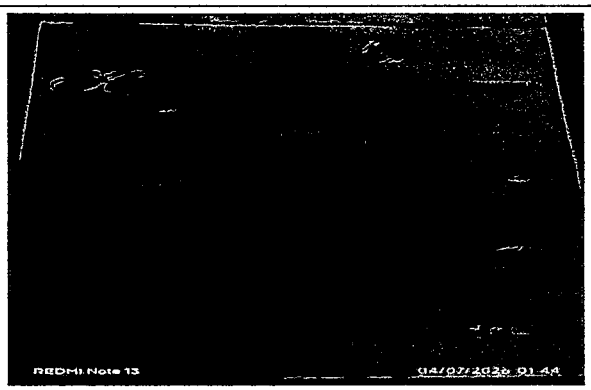
6) Mantener el vehículo en condiciones de aseo, desinfección y funcionamiento

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se ejecutaron actividades rutinarias de limpieza, desinfección y organización de la ambulancia antes y después de cada servicio, cumpliendo los protocolos institucionales de bioseguridad. Asimismo, se verificó que el vehículo permaneciera en condiciones adecuadas de funcionamiento y presentación, garantizando un ambiente seguro tanto para los pacientes como para el personal asistencial.
 

7) Apoyar el personal asistencial durante el traslado de pacientes, sin exceder sus competencias

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se brindó apoyo al equipo asistencial durante las actividades relacionadas con el traslado de pacientes, colaborando en la movilización, ubicación y aseguramiento del usuario dentro de la ambulancia, siempre en relación con las funciones propias del cargo y los protocolos institucionales. Estas acciones contribuyeron a fortalecer la seguridad del paciente y a garantizar una atención humanizada, eficiente y de calidad durante el transporte asistencial.
 

8) Diligenciar formatos de control de traslados de pacientes y bitácoras del vehículo

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se registró de manera completa, clara y oportuna la información correspondiente a los servicios prestados, diligenciando los formatos institucionales de control de traslados, registros de kilometraje, consumo de combustible, novedades y bitácoras de operación de la ambulancia. Estos registros permitieron garantizar la trazabilidad de las actividades realizadas, el adecuado control administrativo y el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la institución


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:	**PROTECCION**										
EPS:	**NUEVA EPS**										
ARL:	**SURA**				**Nivel de Riesgo**	**III**	**X**	**II**		**V**	
Aportes voluntarios pensión	Si		No		Valor		$ 446,900				

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	$ 1, 750,905	218,900	280,200	76,200	86715849
JULIO	$ 1, 750,905	218,900	280,200	76,200	86717132
Totales	**N/A**	**437,800**	**560,400**	**152,400**	**N/A**

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA

INFORMACIÓN BANCARIA

Cuenta Bancaria No.	**848-881310-69**	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de cuenta	AHORROS

FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)

CUENTA DE COBRO No. 3	

AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES

Número de registro presupuestal	**Rubro**	**Valor**
20260215		(18,742,555)

TOTAL	
ITEM	**VALOR EN PESOS**
Valor Inicial del contrato	$ 18,742,555
Valor Adiciones o reducciones	$0
Valor Total del contrato	$ 18,742,555
Valor pagado	$11,245,413
Valor a pagar	$3,748,571
SALDO	$ 7,496,842

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 2026-101 de 2026. certifico que el/la contratista CESAR DAVID RODRIGUEZ GUEVARA 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 siete millones doscientos mil pesos M/CTE, ($3,748,571).

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

Yani Lorena Robles Ramírez
Supervisora de contrato
Sub-directora Científica

DAVIVIENDA

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

Encabezado Proceso de Pago

Nombre Proceso de Pago	CESAR DAVID RODRIGUEZ GUEVARA	**Estado Proceso**	Pendiente de Respuesta
Nº Proceso de Pago	55215389		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400052309		
Fecha de Creacion	06/08/2026	**Fecha de Pago**	06/08/2026 14:58
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
94482352	CESAR DAVID RODRIGUEZ GUEVARA	0000008903091156	Ahorros	84888131069	BANCOLOMBIA	$ 3.430.571,00	Pendiente de Respuesta	

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

CESAR DAVID RODRIGUEZ GUEVARA C.C. 94,482,352

CTA DE AHORROS BANCOLOMBIA No. 848 881 310 69

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
6/08/2026	DSH-1487	$ 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