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. **DSHY1534**

18764078397051

CUDS:298ae82a39a0d40e1d8a26674a45927da7425a8130cc3441451432a94ca2cf49bb0ca70855556895540a7261b4790c47

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	CARDONA BEDOYA KELLY JHOJANA
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	1116159193
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	CORREGIMIENTO MEDIACANOA
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3156094369
Ciudad:	YOTOCO	**Ciudad:**	YOTOCO
País:	Colombia	**País:**	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
08/09/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	08/10/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
08/09/2026 04:25:26	08/09/2026 04:32:01		

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS DELA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DE AGOSTO	1	UNIDAD	$3,650,000	$3,650,000

TOTAL ÍTEMS: 1

VALORES EN LETRA: TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

OBSERVACIONES:
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS DELA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DE AGOSTO

SUBTOTAL	$3,650,000.00
TOTAL RETENCIONES	$0.00
TOTAL	$3,650,000.00

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: 2026-09-08 04: 25:26 - Fecha Validación Dian: 2026-09-0804:32:01

© 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:

Kelly Jhojana Cardona Bedoya

CC 1.116.159.193 de Yotoco

LA SUMA DE: EN LETRAS TRES MILLONES SEISIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/C ($3650000,00)

POR CONCEPTO DE:

Pago por prestación de servicios

OBJETO:

Prestación de servicios como Auxiliar de enfermería en el área Urgencias del Hospital Local De Yotoco

E.S.E.

Yotoco, 08 de Septiembre de 2026

Consignar cuenta Davivienda, Número de cuenta: 488457714340

Firma: Kelly J cardona B

Kelly Jhojana Cardona Bedoya
C.C.1.116.159.193
Teléfono:3156094359
Dirección: Media canoa
Correo: kellyjcb123@gmail.com
Código CIIU: 2026107

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 383del 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	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		
					DE IDENTIFICACIÓN	

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 : KellyCardona13

Kelly Jhojana Cardona Bedoya
C.C.1.116.159.193
Teléfono: 315609439
Dirección: Media canoa
Correo: kellyjcb123@gmail.com
Código CIIU: 2026107

Me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que dde 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 4
CONTRATO 2026-107
04 MAYO 2026- 04 OCTUBRE 2026

OBJETO

PRESTACION DE SERVICIOS, COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS

PERIODO

DEL 04 DE MAYO AL 04 DE OCTUBRE DE 2026

Auxiliar de enfermería:

KELLY JHOJANA CARDONA BEDOYA

Auxiliar de enfermería
Área Urgencias
Hospital Local Yotoco
Yotoco-Valle

REFERENCIA: PRESENTACIÓN INFORME

Cordial saludo.

Yo, Kelly Jhojana Cardona Bedoya, identificado con cedula de ciudadanía No 1.116.159.193 de Yotoco, en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No. 2026-107, atentamente presento el informe parcial 4 de las actividades desarrolladas de acuerdo con las obligaciones señaladas en el contrato, de la siguiente manera:

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 1.	**ACTIVIDAD**
Cumplimiento del objetivo del contrato.	Desempeñé mis labores como auxiliar de enfermería en el área de Urgencias del Hospital Local de Yotoco, brindando atención y apoyo integral a los usuarios que ingresaron al servicio, de conformidad con los protocolos institucionales y los lineamientos establecidos para la atención en salud. Asimismo, realicé la atención oportuna de los pacientes, procurando brindar un servicio humanizado, seguro y de calidad, atendiendo sus necesidades de acuerdo con su condición y requerimientos durante la permanencia en el área de Urgencias. Estas acciones contribuyeron a garantizar la continuidad de la atención y el adecuado desarrollo de los procesos asistenciales del servicio.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.	**ACTIVIDAD**
Bridar apoyo en la atención de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias	Me aseguré de brindar una atención oportuna, segura y humanizada a los usuarios que ingresaron al área de Urgencias del Hospital Local de Yotoco, atendiendo sus necesidades de acuerdo con su condición y requerimientos particulares. Asimismo, desarrollé las actividades asistenciales conforme a los protocolos institucionales, procedimientos establecidos y estándares de calidad para la prestación del servicio, contribuyendo al adecuado manejo y seguimiento de los pacientes durante su permanencia en el área de Urgencias.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	ACTIVIDAD
Apoyo en la clasificación en ingreso de paciente	Realicé el seguimiento y registro de las valoraciones iniciales de los signos y síntomas presentados por los usuarios al momento de su ingreso al área de Urgencias, recopilando la información necesaria para apoyar el proceso de clasificación de TRIAGE. Esta actividad permitió contribuir a la identificación y priorización de las necesidades de atención de cada paciente, teniendo en cuenta su condición clínica y nivel de complejidad. Asimismo, mantuve un registro organizado de la información obtenida, facilitando la continuidad del proceso de atención y el adecuado seguimiento de los usuarios durante su permanencia en el servicio.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	

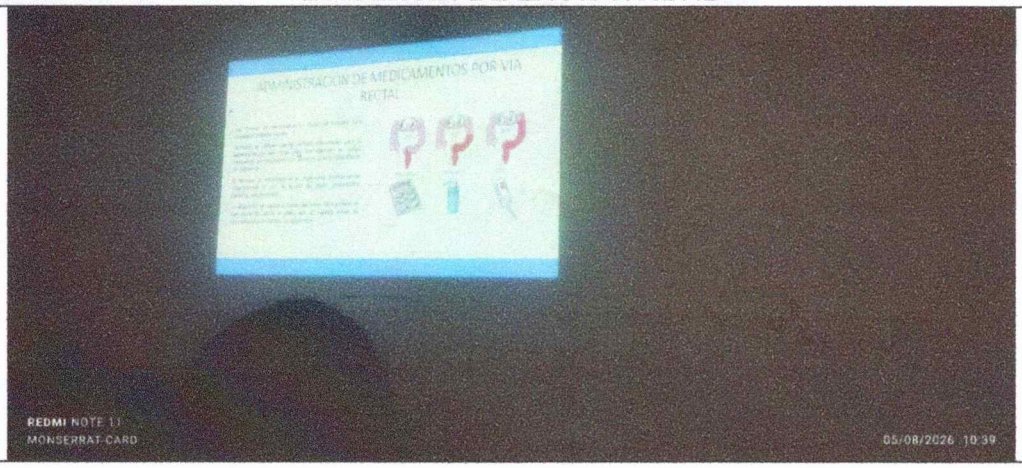


OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	ACTIVIDAD
Realizar tamizajes a toda la población objeto	Realicé el seguimiento de los pacientes que ingresaron al área de Urgencias, llevando un control mediante el proceso de valoración, con el propósito de identificar de manera oportuna sus condiciones y necesidades de atención. Esta actividad permitió realizar un registro y seguimiento organizado de los usuarios desde su ingreso al servicio, facilitando la priorización de la atención de acuerdo con cada caso y contribuyendo al adecuado desarrollo del proceso asistencial.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 5.	ACTIVIDAD
Informar, educar y capacitar a las familias.	Participé en una capacitación dirigida al personal de asistentes y enfermería del Hospital Local de Yotoco, en la cual se abordaron parámetros básicos relacionados con la atención y manejo de los usuarios en el área de Urgencias y en los diferentes servicios de la entidad. Durante la jornada se realizó un repaso de conceptos y procedimientos fundamentales aplicables a la atención de los pacientes, teniendo en cuenta las características y necesidades particulares de cada caso. Esta capacitación permitió fortalecer y actualizar los conocimientos del personal, promoviendo una atención más adecuada, oportuna y humanizada, de acuerdo con los protocolos institucionales y los lineamientos establecidos para la prestación de los servicios de salud.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

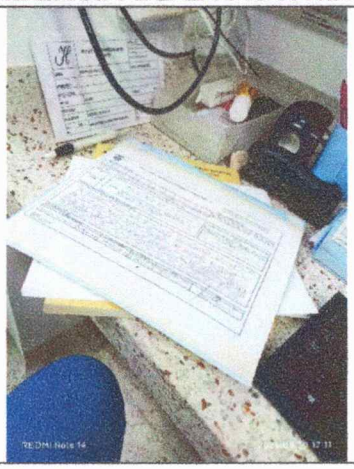


	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	**ACTIVIDAD**
Cumplimiento con el protocolo de desecho de los residuos hospitalarios	Garanticé el correcto manejo, clasificación y destino de los residuos hospitalarios derivados de la atención médica. Esto se logró mediante una segregación rigurosa alineada con los protocolos institucionales, asegurando entornos limpios y aptos para el servicio. De este modo, se reforzó la bioseguridad y se mitigaron los riesgos para la salud de los usuarios, el equipo asistencial y demás personal en las instalaciones.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7.	**ACTIVIDAD**
Cumplimiento de protocolos institucional.	Durante el desarrollo de mis actividades como Auxiliar de Enfermería en el área de Urgencias del Hospital Local de Yotoco, cumplí con la correcta aplicación de los protocolos institucionales y las normas de bioseguridad establecidas para la prestación segura de los servicios de salud. Asimismo, adopté las medidas preventivas y los procedimientos correspondientes durante la atención y manejo de los usuarios, contribuyendo a la protección tanto de los pacientes como del personal asistencial. Estas acciones permitieron desarrollar las labores de manera responsable y segura, favoreciendo el adecuado funcionamiento del servicio y la prevención de riesgos asociados a la atención en salud.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	



OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 8.	ACTIVIDAD
Realizar la vigilancia epidemiológica y reporte de eventos de interés en salud publica	Después de que el paciente es valorado por el Medico en turno realizo el debido reporte de los casos atendidos durante los turnos en el área de Urgencias, llevando un control independiente, organizado y actualizado de la información correspondiente a cada paciente. Esta actividad permitió mantener un registro adecuado de las atenciones realizadas, como apoyo a las historias clínicas y a los diferentes procesos administrativos y asistenciales del servicio. Asimismo, contribuí a facilitar la consulta y seguimiento de la información de los usuarios, manteniendo la organización y confidencialidad de los datos registrados.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



KELLY JHOJANA CARDONA BEDOYA

CC: 1.116.159.193 de Yotoco
Contratista

Proyecto y Elaboro: Yani Lorena Robles Ramírez – Supervisora
Reviso: Mario Echeverry Álvarez – Asesor Jurídico
Aprobó: Vivian Lorena Marulanda - gerente

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	**dv**	**Razon Social**	**Clase Aportante**	**Sucursal Principal**	**Direccion**	**Ciudad-Departamento**	**Teléfono**	**Exonerado SENA e ICBF**
CC 1116159193		KELLY JHOJANA CARDONA BEDOYA	INDEPENDIENTE	Principal	Media canoa	YOTOCO-VALLE	3128352741	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		**Clave**		**Tipo**	**Fecha**		**Pago**		
Pensión	**Salud**	**Pago**	**Planilla**	**Planilla**	**Limite**	**Pago**	**Banco**	**Dias Mora**	**Valor**
2026-08	2026-08	633299175	9509649740	I	2026/09/21	2026/09/07	NEQUI	0	$534,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,000	$35,000			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$1,750,000**	**$35,000**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
Ciudad: YOTOCO Depto: VALLE (1 Afiliados)					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$1,750,000**	**$35,000**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
1	CC	1116159193	CARDONA KELLY	230301	30	$1,750,905	$280,200	ESSC18	30	$1,750,905	$218,900	CCF56	30	$1,750,000	$35,000		0	$0	$0	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$1,750,000**	**$35,000**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1116159193		KELLY JHOJANA CARDONA BEDOYA	INDEPENDIENTE	Principal	Media canoa	YOTOCO-VALLE	3128352741	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	633299175	9509649740	I	2026/09/21	2026/09/07	NEQUI	0	$534,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,000	$0					$0
COMFENALCO VALLE	CCF56	890,303,093	5	1	$35,000	$0	$0	$0	$0	$0	$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0
TOTAL				1	$534,100	$0	$0	$0	$0	$0	$0

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$35,000
$35,000
$218,900
$218,900
$534,100

ACTA DE SUPERVISION No. 4 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL FECHA DEL INFORME: 04 AGOSTO AL 04 SEPTIEMBRE 2026						
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO						
No. Contrato o convenio:	2026-107					
Objeto:	*Prestación de servicios como auxiliar de enfermería para el are de urgencias, de acuerdo con la demanda y necesidades de la E.S.E. Hospital Local del Municipio de Yotoco Valle*					
Clase de Contrato o convenio:	SERVICIOS PROFESIONALES					
No. de Registro Presupuestal:	*002654*					
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.	20%					
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	80%					
Nombre del contratista:	Kelly Jhojana Cardona Bedoya					
CC / Nit:	1.116.159.193					
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	Yani Lorena Robles Ramírez					
Cargo del Supervisor:	Supervisora de Contrato – sub-gerente 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) Cumplimiento del objetivo del contrato

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
La contratista desempeñó sus labores como auxiliar de enfermería en el área de Urgencias del Hospital Local de Yotoco, brindando atención y apoyo integral a los usuarios que ingresaron al servicio, de conformidad con los protocolos institucionales y los lineamientos establecidos para la atención en salud. Asimismo, realizó la atención oportuna de los pacientes, procurando brindar un servicio humanizado, seguro y de calidad, atendiendo sus necesidades de acuerdo con su condición y requerimientos durante la permanencia en el área de Urgencias. Estas acciones contribuyeron a garantizar la continuidad de la atención y el adecuado desarrollo de los procesos asistenciales del servicio.
Evidencia

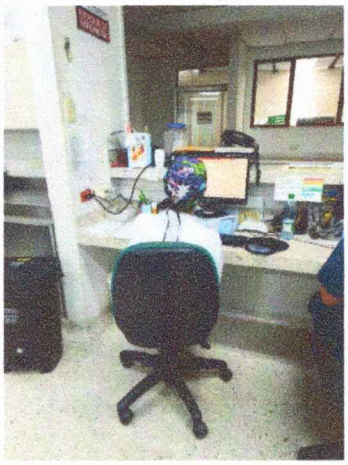
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS


2) Bridar apoyo en la atención de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
La contratista se aseguró de brindar una atención oportuna, segura y humanizada a los usuarios que ingresaron al área de Urgencias del Hospital Local de Yotoco, atendiendo sus necesidades de acuerdo con su condición y requerimientos particulares. Asimismo, desarrolló las actividades asistenciales conforme a los protocolos institucionales, procedimientos establecidos y estándares de calidad para la prestación del servicio, contribuyendo al adecuado manejo y seguimiento de los pacientes durante su permanencia en el área de Urgencias.
Evidencia


3) Apoyo en la clasificación en ingreso de paciente

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

La contratista realizó el seguimiento y registro de las valoraciones iniciales de los signos y síntomas presentados por los usuarios al momento de su ingreso al área de Urgencias, recopilando la información necesaria para apoyar el proceso de clasificación de TRIAGE. Esta actividad permitió contribuir a la identificación y priorización de las necesidades de atención de cada paciente, teniendo en cuenta su condición clínica y nivel de complejidad. Asimismo, mantuve un registro organizado de la información obtenida, facilitando la continuidad del proceso de atención y el adecuado seguimiento de los usuarios durante su permanencia en el servicio.
Evidencia


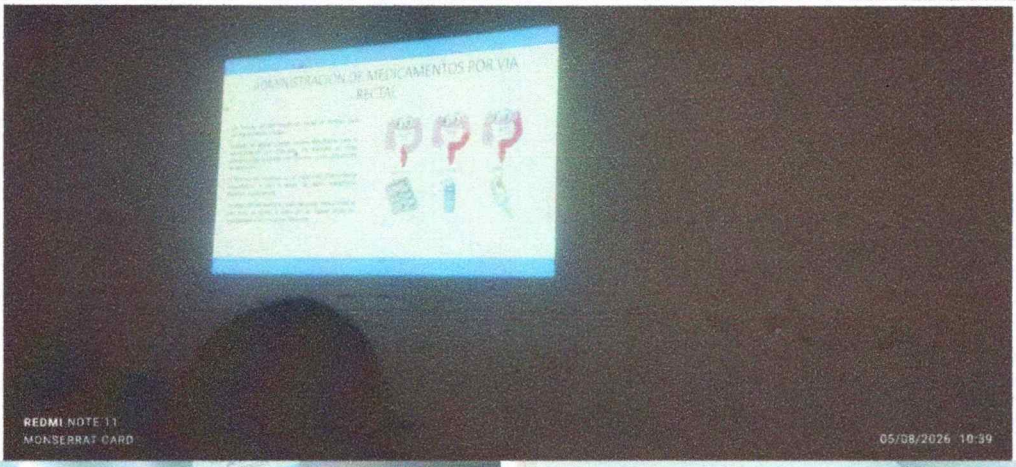
4) Realizar tamizajes a toda la población objeto

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
La contratista realizó el seguimiento de los pacientes que ingresaron al área de Urgencias, llevando un control mediante el proceso de valoración, con el propósito de identificar de manera oportuna sus condiciones y necesidades de atención. Esta actividad permitió realizar un registro y seguimiento organizado de los usuarios desde su ingreso al servicio, facilitando la priorización de la atención de acuerdo con cada caso y contribuyendo al adecuado desarrollo del proceso asistencial.
Evidencia


5) Informar, educar y capacitar a las familias

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
La contratista participo en una capacitación dirigida al personal de asistentes y enfermería del Hospital Local de Yotoco, en la cual se abordaron parámetros básicos relacionados con la atención y manejo de los usuarios en el área de Urgencias y en los diferentes servicios de la entidad. Durante la jornada se realizó un repaso de conceptos y procedimientos fundamentales aplicables a la atención de los pacientes, teniendo en cuenta las características y necesidades particulares de cada caso. Esta capacitación permitió fortalecer y actualizar los conocimientos del personal, promoviendo una atención más adecuada, oportuna y humanizada, de acuerdo con los protocolos institucionales y los lineamientos establecidos para la prestación de los servicios de salud.
Evidencia







6) Cumplimiento con el protocolo de desecho de los residuos hospitalarios

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
La contratista garantizó el correcto manejo, clasificación y destino de los residuos hospitalarios derivados de la atención médica. Esto se logró mediante una segregación rigurosa alineada con los protocolos institucionales, asegurando entornos limpios y aptos para el servicio. De este modo, se reforzó la bioseguridad y se mitigaron los riesgos para la salud de los usuarios, el equipo asistencial y demás personal en las instalaciones
Evidencia

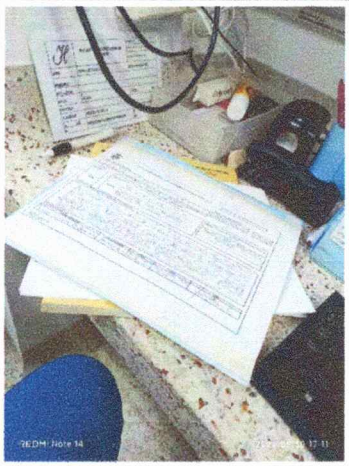
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS


7) Cumplimiento de protocolos institucional.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
La contratista durante el desarrollo de sus actividades como Auxiliar de Enfermería en el área de Urgencias del Hospital Local de Yotoco, cumplió con la correcta aplicación de los protocolos institucionales y las normas de bioseguridad establecidas para la prestación segura de los servicios de salud. Asimismo, adopté las medidas preventivas y los procedimientos correspondientes durante la atención y manejo de los usuarios, contribuyendo a la protección tanto de los pacientes como del personal asistencial. Estas acciones permitieron desarrollar las labores de manera responsable y segura, favoreciendo el adecuado funcionamiento del servicio y la prevención de riesgos asociados a la atención en salud.
Evidencia


8) Realizar la vigilancia epidemiológica y reporte de eventos de interés en salud publica

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
La contratista después de que el paciente es valorado por el Medico en turno realizó el debido reporte de los casos atendidos durante los turnos en el área de Urgencias, llevando un control independiente, organizado y actualizado de la información correspondiente a cada paciente. Esta actividad permitió mantener un registro adecuado de las atenciones realizadas, como apoyo a las historias clínicas y a los diferentes procesos

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
administrativos y asistenciales del servicio. Asimismo, contribuí a facilitar la consulta y seguimiento de la información de los usuarios, manteniendo la organización y confidencialidad de los datos registrados.
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:	**EMSSANAR**										
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	1.575.815	$ 218.900	$ 280.200	0	4653302122
JUNIO	1.575.815	$ 197.000	$ 252.200	0	
JULIO	1.575.815	$ 197.000	$ 252.200	0	9509492859
AGOSTO	1.575.815	$ 218.900	$ 280.200	0	9509649740
Totales	**1.575.815**	**$ 831.800**	**$ 864.800**	**0**	

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA

INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	**3156094369**	Banco:	NEQUI	Tipo de cuenta	AHORROS
FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)					
CUENTA DE COBRO No. 4					

AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES		
Número de registro presupuestal	**Rubro**	**Valor**
002654	18.250.000 pesos m/c	18.250.000 pesos m/c

TOTAL	
ITEM	**VALOR EN PESOS**
Valor Inicial del contrato	$ 18´.250.000
Valor Adiciones o reducciones	0
Valor Total del contrato	$ 18´.250.000
Valor pagado	$10.950.000
Valor a pagar	$ 3´650.000
SALDO	$ 3´650.000

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. 2026-107 certifico que la contratista Kelly Jhojana Cardona Bedoya 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 tres millones seiscientos cincuenta mil pesos M/CTE, ($3.650.000,00)

Yani Lorena Robles Ramirez
Supervisora de Contrato
Sub-Directora Cientifica

DAVIVIENDA

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

Encabezado Proceso de Pago			
Nombre Proceso de Pago	KELLY JHOJANA CARDONA BEDOYA	**Estado Proceso**	Pagado
Nº Proceso de Pago	55484323		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550012400052309		
Fecha de Creacion	08/09/2026	**Fecha de Pago**	08/09/2026 17:16
Total de Registros	1	**Monto Total**	$ 3.339.000,00
Registros Ingresados	1	**Monto Ingresado**	$ 3.339.000,00

Detalle de Pagos

Nit Destino	Nombre Destino	Referencia	Tipo Producto o Servicio Destino	Producto o Servicio Destino	Entidad Destino	Valor	Estado	Motivo Rechazo
1116159193	KELLY JHOJANA CARDONA BEDOYA	0000008903091156	Ahorros	488457714340	DAVIVIENDA	$ 3.339.000,00	Pago Exitoso	

HOSPITAL LOCAL MUNICIO DE YOTOCO E.S.E. (FORTALECIMIENTO)										
KELLY JHOJANA CARDONA BEDOYA C.C. 1,116,159,193										
CTA DE AHORROS BANDO DAVIVIENDA No. 055 048 845 771 434 0										
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
8/09/2026	DSH-1537	$ 3.650.000		$ 3.650.000	$ 37.000		$ 37.000	$ 91.000	$ 146.000	$ 3.339.000
TOTAL		**$ 3.650.000**	###	**$ 3.650.000**	**$ 37.000**	**$ -**	**$ 37.000**	**$ 91.000**	**$ 146.000**	**$ 3.339.000**