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. DSHY1560

18764078397051

CUDS:d6ae1f152297287235876b6cc863fe8c82cde6f1d775d42d4551efc50dc6e977dffece0ca49d18bc791f5ad6cfee15a0

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:
05/10/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	05/11/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:		
05/10/2026 05:19:03	05/10/2026 05:19:17		

ITEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO PREFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIASDE LA ESE HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE	1	UNIDAD	$5,400,000	$5,400,000

TOTAL ÍTEMS: 1

VALORES EN LETRA: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS

OBSERVACIONES:
PRESTACION DE SERVICIOS COMO PREFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIASDE LA ESE HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE

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: 2026-10-05 05: 19:03 - Fecha Validación Dian: 2026-10-0505:19:17

© 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, 05 de octubre 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 5
CONTRATO
2026- 099 DE 2026

OBJETO

PRESTACION DE SERVICIOS, COMO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

PERIODO

DEL 04 DE SEPTIEMBRE AL 04 DE OCTUBRE DE 2026

Doctora:

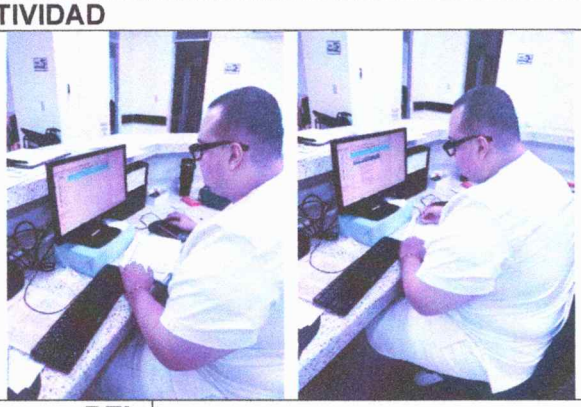
YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ

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

REFERENCIA: PRESENTACIÓN INFORME

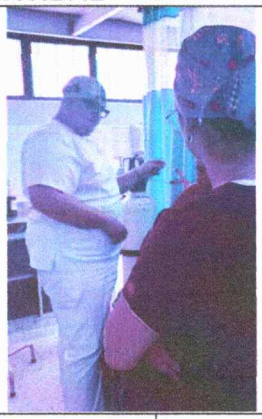
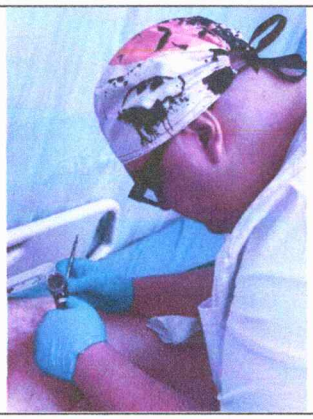
Cordial saludo.

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:

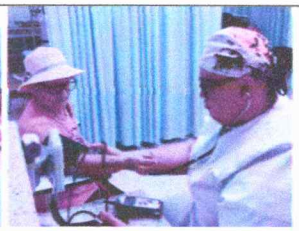
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 1.	**ACTIVIDAD**
Atención integral, coordinación y gestión del servicio de urgencias.	En el periodo reportado llevé a cabo funciones asistenciales, administrativas y de apoyo a la coordinación del servicio de urgencias, dirigidas a ofrecer a los usuarios una atención oportuna, segura, humanizada y acorde con los estándares de calidad institucionales. Apoyé la planeación y distribución de las actividades de cada turno, favoreciendo la continuidad operativa del servicio, el intercambio de información entre los integrantes del equipo interdisciplinario y la observancia de las guías, protocolos y procedimientos establecidos. También acompañé y orienté al personal que se incorporó recientemente, facilitando su adaptación al funcionamiento del área y reforzando la ejecución apropiada de los procedimientos y las prácticas seguras de atención. En el componente asistencial colaboré en el cuidado de pacientes con diversas condiciones clínicas, obstétricas y pediátricas. Estas labores comprendieron apoyo en la valoración, estabilización, cumplimiento del tratamiento ordenado y vigilancia de la evolución, procurando mantener una atención continua y segura.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.	**ACTIVIDAD**

Fortalecimiento de competencias del personal y cumplimiento de protocolos institucionales.	Durante el periodo evaluado participé en acciones destinadas a actualizar y fortalecer las competencias del personal asistencial, a través de espacios de orientación, acompañamiento, intercambio de conocimientos y retroalimentación realizados durante la jornada y en los cambios de turno. Se abordaron aspectos esenciales para la práctica segura, entre ellos la administración de medicamentos, el diligenciamiento de los registros de enfermería, la valoración clínica, la toma e interpretación básica de signos vitales, la canalización de accesos venosos periféricos, la toma de electrocardiogramas, el monitoreo fetal, el uso de dispositivos respiratorios, la higiene de manos, la bioseguridad, la prevención de eventos adversos y el seguimiento de los protocolos institucionales. Asimismo, hice parte de las actividades educativas desarrolladas durante la Semana de la Seguridad del Paciente, en las cuales se socializaron los temas correspondientes a esta estrategia, orientados a promover prácticas seguras, prevenir riesgos y eventos adversos, fortalecer la identificación del paciente, mejorar la comunicación del equipo de salud y fomentar una atención humanizada y de calidad. De igual forma, se dio continuidad a la estrategia institucional "Cinco Minutos de Seguridad", como espacio para reconocer riesgos antes de iniciar las labores, reforzar la comunicación entre los integrantes del equipo y promover acciones de mejora en beneficio de la seguridad del paciente.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	**ACTIVIDAD**
Valoración clínica, procedimientos de enfermería y gestión del riesgo del paciente	Durante el período objeto de evaluación realicé la valoración inicial de enfermería a los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias, identificando signos,

	síntomas, antecedentes y factores de riesgo relevantes para establecer las prioridades de atención de acuerdo con la condición clínica y el nivel de gravedad de cada usuario. Dentro de las actividades asistenciales desarrolladas se incluyeron la realización de triage, administración segura de medicamentos de acuerdo con la prescripción médica, toma de electrocardiogramas, monitoreo fetal, canalización de accesos venosos periféricos, instalación y manejo de sondas y demás procedimientos propios del ejercicio profesional de enfermería. Durante la ejecución de estas intervenciones se mantuvo especial atención al cumplimiento de las medidas de seguridad del paciente, verificando de manera permanente la correcta identificación del usuario, medicamento, dosis, vía, horario y demás aspectos relacionados con la administración segura del tratamiento. Asimismo, realicé seguimiento a los pacientes que permanecieron en observación, efectuando valoraciones periódicas para identificar cambios en su condición clínica y comunicarlos oportunamente al equipo médico. Adicionalmente, participé como tripulante de ambulancia en traslados de pacientes que requerían atención con urgencia vital, brindando cuidado y vigilancia durante el transporte, contribuyendo a la continuidad de la atención y al mantenimiento de las condiciones de seguridad del paciente durante el traslado.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	**ACTIVIDAD**
Valoración integral del paciente y análisis de factores clínicos que afectan la atención.	Durante el periodo evaluado realicé una valoración global de los usuarios atendidos en urgencias, considerando el motivo de consulta, los antecedentes personales, los hallazgos del examen físico, los resultados de las ayudas

	diagnósticas y los cambios presentados en su evolución clínica. Este análisis permitió reconocer situaciones y factores capaces de incidir en el estado de salud, el pronóstico, la recuperación y la continuidad del manejo terapéutico de cada paciente. En la atención se identificaron personas con patologías crónicas, riesgo cardiovascular, embarazos de alto riesgo, afecciones respiratorias, situaciones relacionadas con la salud mental y otras condiciones que requerían vigilancia clínica, seguimiento, intervención interdisciplinaria, activación de rutas institucionales o remisión a un nivel de mayor complejidad, según correspondiera. Estas acciones favorecieron el reconocimiento temprano de riesgos y su gestión oportuna, aportando información para la toma de decisiones clínicas y para brindar una atención ajustada a las necesidades particulares de los usuarios.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
 	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 5.	**ACTIVIDAD**
Educación al paciente y su familia para el autocuidado y adherencia al tratamiento.	A lo largo del periodo del informe brindé educación a pacientes, familiares y cuidadores para fortalecer sus conocimientos sobre autocuidado, prevención de enfermedades, hábitos saludables y cumplimiento de las indicaciones emitidas por el equipo de salud. La orientación se ofreció en distintos momentos del proceso asistencial, como durante la valoración de enfermería, la administración de medicamentos, los procedimientos y el egreso. La información se ajustó, en la medida de lo posible, a la condición clínica, la comprensión y las circunstancias de cada usuario.

	Los contenidos incluyeron la importancia de seguir correctamente el tratamiento farmacológico, acudir a los controles médicos, mantener una alimentación equilibrada, realizar actividad física según las condiciones individuales, conservar al día los esquemas de vacunación, prevenir enfermedades transmisibles y crónicas, identificar signos de alarma y manejar adecuadamente los medicamentos en el hogar. También se destacó el papel del apoyo familiar y la influencia que pueden tener los factores sociales, económicos y ambientales en la recuperación y el bienestar de las personas atendidas.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	**ACTIVIDAD**
Clasificación (Triage), valoración inicial y seguimiento clínico de enfermería.	Durante el periodo informado efectué la clasificación de los usuarios que ingresaron al servicio mediante el sistema de triage, definiendo la prioridad de atención de acuerdo con la gravedad del cuadro, el riesgo vital y las necesidades clínicas identificadas. A continuación, desarrollé la valoración inicial de enfermería, que incluyó la toma de signos vitales, la apreciación del estado general, la identificación del motivo de consulta, la revisión de antecedentes y la búsqueda de señales de alarma, con el propósito de orientar la atención y suministrar información pertinente al equipo médico. A los pacientes que permanecieron en observación les realicé reevaluaciones y seguimiento de su evolución, con el fin de detectar cambios en su condición de salud y reportar oportunamente las novedades al equipo tratante. Con estas intervenciones se contribuyó a mantener la continuidad del cuidado, facilitar la respuesta oportuna ante variaciones clínicas y reforzar las acciones institucionales para la seguridad del paciente.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7.	ACTIVIDAD
Vigilancia y notificación de eventos de interés en salud pública	En el periodo correspondiente participé en la detección, vigilancia y notificación de eventos de interés en salud pública identificados durante la atención en urgencias, teniendo como referencia los lineamientos de la institución y las disposiciones aplicables. La búsqueda e identificación de estos eventos se apoyó en la valoración de enfermería, la clasificación en triage, la revisión de antecedentes, la observación de la evolución clínica y el reconocimiento de factores de riesgo. Cuando fue pertinente, se activaron las rutas establecidas y se comunicó la información a los programas responsables. De igual manera, contribuí al seguimiento de grupos priorizados, entre ellos gestantes, población pediátrica, personas con sospecha de eventos sujetos a notificación obligatoria y usuarios con condiciones que representaran algún riesgo para su salud. Estas acciones apoyaron el proceso de vigilancia epidemiológica de la institución y la puesta en marcha de medidas oportunas de prevención, control y protección de la salud de la comunidad atendida.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	




Sebastian B

Juan Sebastian Barbosa Velez

CC: 1193222238

Contratista

JUAN SEBASTIAN BARBOSA VELEZ – CC. 1193222238

BVJUANSE8727@GMAIL.COM

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-10-05, 12:14:43 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084801365

Periodo Cotización: septiembre de 2026 **Periodo Servicio:** septiembre de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824158729

PAGADO 05/10/2026

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 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	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	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 1193222238	JUAN SEBASTIAN BARBOSA VELEZ	59	00																	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 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
$ 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 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

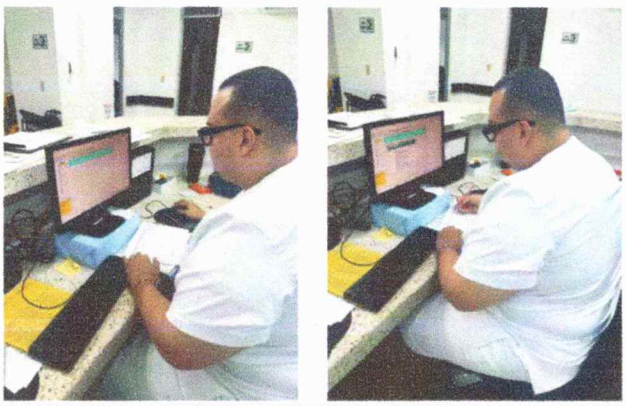
Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ACTA DE SUPERVISION No. 5 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL FECHA DEL INFORME: 04 DE SEPTIEMBRE AL 04 DE OCTUBRE 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.	100%						
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	100%						
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
En el periodo reportado llevé a cabo funciones asistenciales, administrativas y de apoyo a la coordinación del servicio de urgencias, dirigidas a ofrecer a los usuarios una atención oportuna, segura, humanizada y acorde con los estándares de calidad institucionales. Apoyé la planeación y distribución de las actividades de cada turno, favoreciendo la continuidad operativa del servicio, el intercambio de información entre los integrantes del equipo interdisciplinario y la observancia de las guías, protocolos y procedimientos establecidos. También acompañé y orienté al personal que se incorporó recientemente, facilitando su adaptación al funcionamiento del área y reforzando la ejecución apropiada de los procedimientos y las prácticas seguras de atención. En el componente asistencial colaboré en el cuidado de pacientes con diversas condiciones clínicas, obstétricas y pediátricas. Estas labores comprendieron apoyo en la valoración, estabilización, cumplimiento del tratamiento ordenado y vigilancia de la evolución, procurando mantener una atención continua y segura.
Evidencia: 

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo evaluado participé en acciones destinadas a actualizar y fortalecer las competencias del personal asistencial, a través de espacios de orientación, acompañamiento, intercambio de conocimientos y retroalimentación realizados durante la jornada y en los cambios de turno. Se abordaron aspectos esenciales para la práctica segura, entre ellos la administración de medicamentos, el diligenciamiento de los registros de enfermería, la valoración clínica, la toma e interpretación básica de signos vitales, la canalización de accesos venosos periféricos, la toma de electrocardiogramas, el monitoreo fetal, el uso de dispositivos respiratorios, la higiene de manos, la bioseguridad, la prevención de eventos adversos y el seguimiento de los protocolos institucionales. Asimismo, hice parte de las actividades educativas desarrolladas durante la Semana de la Seguridad del Paciente, en las cuales se socializaron los temas correspondientes a esta estrategia, orientados a promover prácticas seguras, prevenir riesgos y eventos adversos, fortalecer la identificación del paciente, mejorar la comunicación del equipo de salud y fomentar una atención humanizada y de calidad.

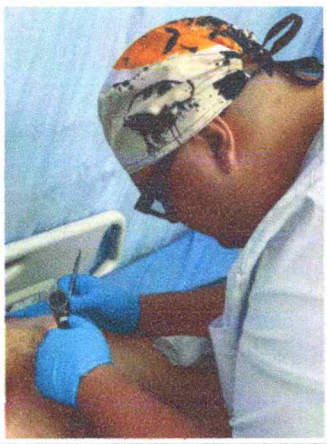
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
De igual forma, se dio continuidad a la estrategia institucional "Cinco Minutos de Seguridad", como espacio para reconocer riesgos antes de iniciar las labores, reforzar la comunicación entre los integrantes del equipo y promover acciones de mejora en beneficio de la seguridad del paciente.
Evidencia:  

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

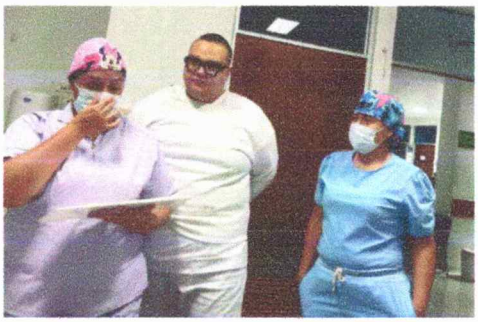
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el período objeto de evaluación realicé la valoración inicial de enfermería a los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias, identificando signos, síntomas, antecedentes y factores de riesgo relevantes para establecer las prioridades de atención de acuerdo con la condición clínica y el nivel de gravedad de cada usuario. Dentro de las actividades asistenciales desarrolladas se incluyeron la realización de triage, administración segura de medicamentos de acuerdo con la prescripción médica, toma de electrocardiogramas, monitoreo fetal, canalización de accesos venosos periféricos, instalación y manejo de sondas y demás procedimientos propios del ejercicio profesional de enfermería. Durante la ejecución de estas intervenciones se mantuvo especial atención al cumplimiento de las medidas de seguridad del paciente, verificando de manera permanente la correcta identificación del usuario, medicamento, dosis, vía, horario y demás aspectos relacionados con la administración segura del tratamiento. Asimismo, realicé seguimiento a los pacientes que permanecieron en observación, efectuando valoraciones periódicas para identificar cambios en su condición clínica y comunicarlos oportunamente al equipo médico. Adicionalmente, participé como tripulante de ambulancia en traslados de pacientes que requerían atención con urgencia vital, brindando cuidado y vigilancia durante el transporte, contribuyendo a la continuidad de la atención y al mantenimiento de las condiciones de seguridad del paciente durante el traslado.
Evidencias:

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
 

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo evaluado realicé una valoración global de los usuarios atendidos en urgencias, considerando el motivo de consulta, los antecedentes personales, los hallazgos del examen físico, los resultados de las ayudas diagnósticas y los cambios presentados en su evolución clínica. Este análisis permitió reconocer situaciones y factores capaces de incidir en el estado de salud, el pronóstico, la recuperación y la continuidad del manejo terapéutico de cada paciente. En la atención se identificaron personas con patologías crónicas, riesgo cardiovascular, embarazos de alto riesgo, afecciones respiratorias, situaciones relacionadas con la salud mental y otras condiciones que requerían vigilancia clínica, seguimiento, intervención interdisciplinaria, activación de rutas institucionales o remisión a un nivel de mayor complejidad, según correspondiera. Estas acciones favorecieron el reconocimiento temprano de riesgos y su gestión oportuna, aportando información para la toma de decisiones clínicas y para brindar una atención ajustada a las necesidades particulares de los usuarios.
EVIDENCIA:  

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
A lo largo del periodo del informe brindé educación a pacientes, familiares y cuidadores para fortalecer sus conocimientos sobre autocuidado, prevención de enfermedades, hábitos saludables y cumplimiento de las indicaciones emitidas por el equipo de salud. La orientación se ofreció en distintos momentos del proceso asistencial, como durante la valoración de enfermería, la administración de medicamentos, los procedimientos y el egreso. La información se ajustó, en la medida de lo posible, a la condición clínica, la comprensión y las circunstancias de cada usuario. Los contenidos incluyeron la importancia de seguir correctamente el tratamiento farmacológico, acudir a los controles médicos, mantener una alimentación equilibrada, realizar actividad física según las condiciones individuales, conservar al día los esquemas de vacunación, prevenir enfermedades transmisibles y crónicas, identificar signos de alarma y manejar adecuadamente los medicamentos en el hogar. También se destacó el papel del apoyo familiar y la influencia que pueden tener los factores sociales, económicos y ambientales en la recuperación y el bienestar de las personas atendidas.
EVIDENCIA:  

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo informado efectué la clasificación de los usuarios que ingresaron al servicio mediante el sistema de triage, definiendo la prioridad de atención de acuerdo con la gravedad del cuadro, el riesgo vital y las necesidades clínicas identificadas. A continuación, desarrollé la valoración inicial de enfermería, que incluyó la toma de signos vitales, la apreciación del estado general, la identificación del motivo de consulta, la revisión de antecedentes y la búsqueda de señales de alarma, con el propósito de orientar la atención y suministrar información pertinente al equipo médico. A los pacientes que permanecieron en observación les realicé reevaluaciones y seguimiento de su evolución, con el fin de detectar cambios en su condición de salud y reportar oportunamente las novedades al equipo tratante. Con estas intervenciones se contribuyó a mantener la continuidad del cuidado, facilitar la respuesta oportuna ante variaciones clínicas y reforzar las acciones institucionales para la seguridad del paciente.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
EVIDENCIA:  

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En el periodo correspondiente participé en la detección, vigilancia y notificación de eventos de interés en salud pública identificados durante la atención en urgencias, teniendo como referencia los lineamientos de la institución y las disposiciones aplicables. La búsqueda e identificación de estos eventos se apoyó en la valoración de enfermería, la clasificación en triage, la revisión de antecedentes, la observación de la evolución clínica y el reconocimiento de factores de riesgo. Cuando fue pertinente, se activaron las rutas establecidas y se comunicó la información a los programas responsables. De igual manera, contribuí al seguimiento de grupos priorizados, entre ellos gestantes, población pediátrica, personas con sospecha de eventos sujetos a notificación obligatoria y usuarios con condiciones que representaran algún riesgo para su salud. Estas acciones apoyaron el proceso de vigilancia epidemiológica de la institución y la puesta en marcha de medidas oportunas de prevención, control y protección de la salud de la comunidad atendida.
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**
Agosto	**2.160.000**	**270.000**	**345.000**	**52.700**	**1083948377**
Septiembre	**2.160.000**	**270.000**	**345.000**	**52.700**	**108481365**
Totales		**1.323.000**	**1.691.000**	**258.200**	

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. 5					

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

TOTAL	
ITEM	**VALOR EN PESOS**
Valor Inicial del contrato	27.000.000

Valor Adiciones o reducciones	0
Valor Total del contrato	27.000.000
Valor pagado	21.600.000
Valor a pagar	5.400.000
SALDO	0

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)

Supervisora

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	55735817		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 05500124****2309		
Fecha de Creacion	07/10/2026	**Fecha de Pago**	07/10/2026 10:53
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
5/10/2026	DSH-1563	$ 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