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. **DSHY1565**

18764078397051

CUDS:c3af04a75eeee2b14a9149e1d97049a3e020e9b6e387117b379ca6404097bbc708826b0247f87a21f5e253ced2b0d4ca

DATOS COMPRADOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.
Tipo Identificación:	NIT
NIT:	890309115
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25
Teléfono:	2524979
Ciudad:	YOTOCO
País:	Colombia

DATOS VENDEDOR:	
Nombre:	NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ
Tipo Identificación:	NIT
NIT:	1115065525
Dirección:	CL 28 N18 B BIS 77
Teléfono:	3167984197
Ciudad:	BUGA
País:	Colombia

FECHA DOCUMENTO: 07/10/2026	MONEDA: COP	FORMA DE PAGO: Crédito	MEDIO DE PAGO: Transferencia Débito Bancaria	FECHA VENCIMIENTO: 07/11/2026
FECHA GENERACIÓN ERP: 07/10/2026 08:39:12	**FECHA VALIDACIÓN DIAN:** 07/10/2026 08:40:05			

ITEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIOS DE URGENCIAS DE LAE.S.E. 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 ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIOS DE URGENCIAS DE LAE.S.E. 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: 2026-10-07 08: 39:12 - Fecha Validación Dian: 2026-10-0708:40:05

© Copyright 2026. Documento creado por btw.com.co sujeto a condiciones y restricciones.

CUENTA DE COBRO

HOSPITAL LOCAL DE YOTOCO E.S.E.
NIT 890.309.115-6

DEBE A:
Nini Johana Prieto Martinez
CC 1115065525

LA SUMA DE: Cinco Millones Cuatrocientos mil pesos M/C ($5.400.000)

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO 2026-097 Como Enfermera jefe

OBJETO:

Prestación de servicios como enfermera Profesional en el servicio de urgencias del Hospital Local De Yotoco E.S.E.

Yotoco, 7 Octubre de 2026

Consignar cuenta Banco Bogotá Número de cuenta: 188676407

Nini Prieto

Firma: _____
Nini Johana Prieto Martinez
C.C: 1115065525
Teléfono:3167984197
Dirección: Calle 28 n°18b-bis77
Correo: niniprieto1529@gmail.com
Código CIIU:8692

Me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que de acuerdo con el Artículo 329 del E.T. Mis ingresos por mi actividad como trabajador independiente corresponden al 80% del total de mis ingresos. Aplicar retención Art. 383 E.T. Dcto 099 de 2013.

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
X. 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 $ 2.000.000

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		
SANTIAGO GUTIERREZ PRIETO			X		1112405879	HIJO
LUIS ALFREDO PRIETO GARCIA	X				2620163	PADRE

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.

Nini Prieto

Firma: _____

Nini Johana Prieto Martinez
C.C: 1115065525
Teléfono:3167984197
Dirección: Calle 28 n°18b-bis77
Correo: niniprieto1529@gmail.com
Código CIIU:8692

Me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que de acuerdo con el Artículo 329 del E.T. Mis ingresos por mi actividad como trabajador independiente corresponden al 80% del total de mis ingresos. Aplicar retención Art. 383 E.T. Dcto 099 de 2013.

INFORME PARCIAL 5
CONTRATO
N°097-2026

OBJETO

PRESTACION DE SERVICIOS, COMO ENFERMERA EN EL AREA DE URGENCIAS DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y NECESIDAD DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO

PERIODO

DEL 4 DE SEPTIEMBRE A 4 OCTUBRE -2026

Enfermería

NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ

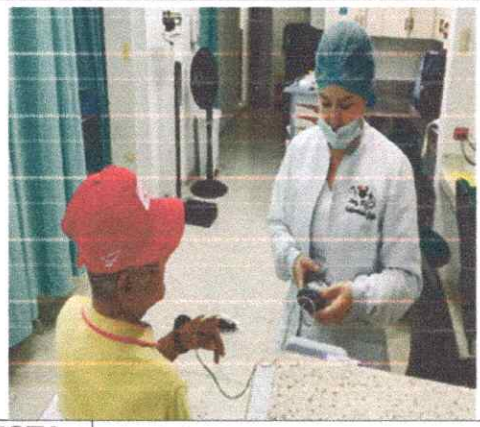
Supervisora Contrato
Subdirectora Científica
Hospital Local Yotoco
Yotoco-Valle

YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ

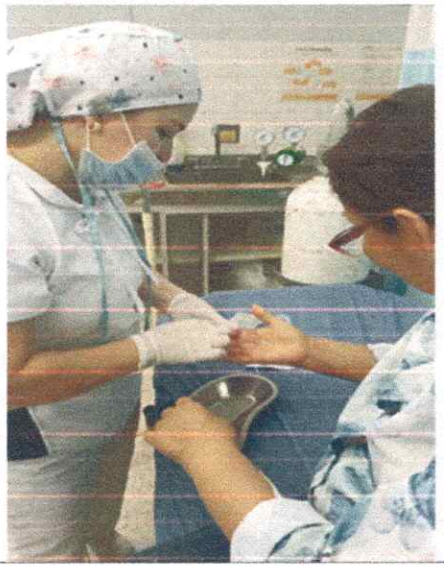
REFERENCIA: PRESENTACIÓN INFORME

Cordial saludo.

Yo, NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ identificado con cedula de ciudadanía No, 1115065525 en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No. 2026-097, atentamente presento el informe parcial 4 de las actividades desarrolladas de acuerdo con las obligaciones señaladas en el contrato, de la siguiente manera:

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

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



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

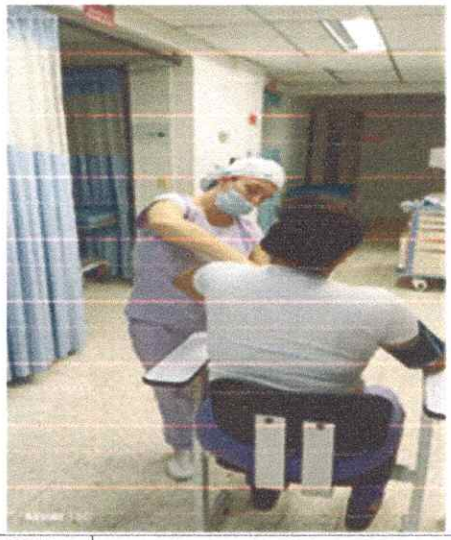
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



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

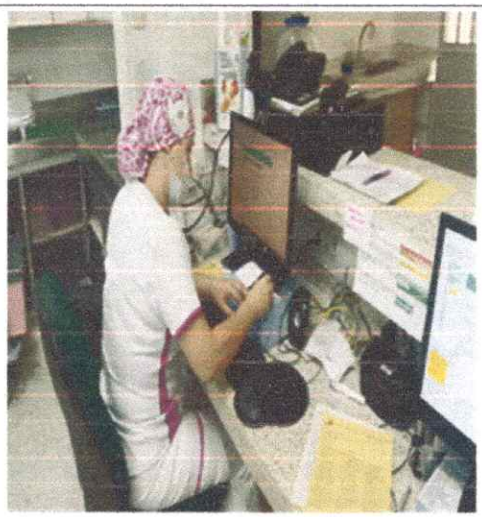
continuo de signos vitales y estado clínico de los pacientes	

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



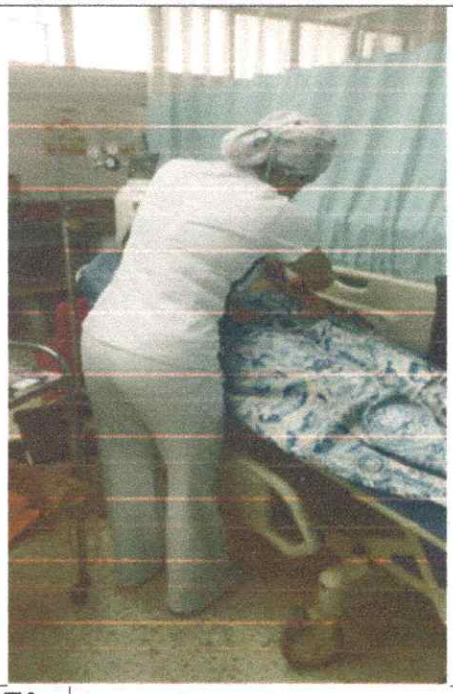
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 5.	**ACTIVIDAD**
Brindar atención directa y seguimiento a pacientes en observación, garantizando el cumplimiento de los planes de cuidado establecidos, Elaborar, diligenciar y mantener actualizada la historia clínica y demás registros asistenciales de manera completa	Durante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

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



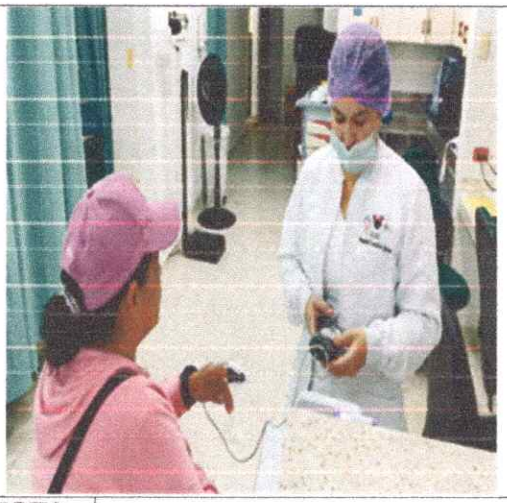
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	ACTIVIDAD
Garantizar el cumplimiento de las normas de bioseguridad, control de infecciones y manejo de residuos hospitalarios, Optimizar el uso de los recursos disponibles en el servicio, contribuyendo a la eficiencia y calidad en la prestación del servicio de salud	Durante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

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



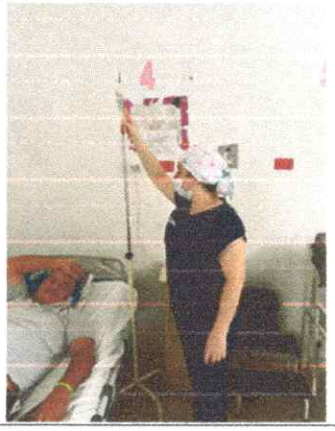
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7.	ACTIVIDAD
Educar al paciente y su familia sobre cuidados, tratamiento, uso de medicamentos y signos de alarma. Realizar vigilancia epidemiológica y reporte de eventos de interés en salud pública, conforme a los lineamientos institucionales y normatividad vigente	Se desarrollaron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

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



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

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ

CC: 1115065525
Contratista

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-10-06, 04:37:41 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1085475075

Periodo Cotización: octubre de 2026 **Periodo Servicio:** octubre de 2026

PAGADO 04/10/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRP	IGE	IRL	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APS	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 Mintrabajo	Total
CC 1115065525	NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ	59	00	X																0	3	3	3	0	(23201) PROTECCION	$ 216.000	$ 34.600	(EPS018) S.O.S EPS	$ 216.000	$ 27.000	2,436	$ 216.000	$ 5.300	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 66.900

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
$ 216.000	$ 216.000	$ 216.000	$ 0	$ 34.600	$ 27.000	$ 5.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 66.900	$ 0	$ 66.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6436000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618650 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-10-04, 06:53:13 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numáro Planilla:** 1085475664

Periodo Cotización: septiembre de 2026 **Periodo Servicio:** septiembre de 2026

PAGADO 01/10/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

DATOS DEL APORTANTE

azón Social	NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ		
ocumento	CC1115065525	**Dirección**	CL 28 #18 BBI - 77
ipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3167984197
ipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
iudad	BUGA	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
epresentante Legal		**Identificación**	
otal Afiliados	1	**ARP**	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET F	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	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 Mineducación	Total
1115065525	NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ	59	00																		0	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 2,160,000	$ 345,600	(EPS016) S.O.S EPS	$ 2,160,000	$ 270,000	2.436	$ 2,160,000	$ 52,700	(NN-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!

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

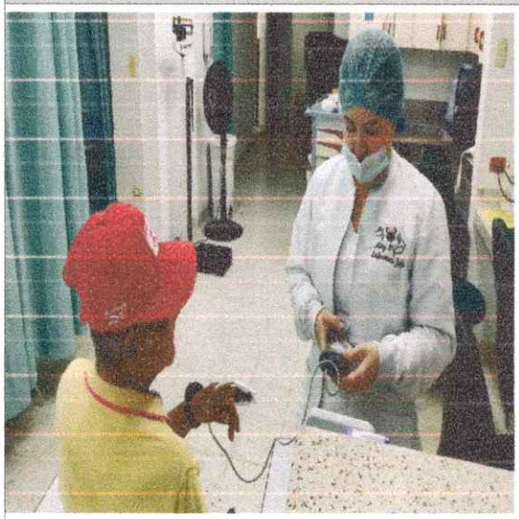
ACTA DE SUPERVISION No. 5 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL FECHA D 4 SEPTIEMBRE AL 4 DE OCTUBRE 2026 FECHA DEL INFORME: OCTUBRE 5- 2026							
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO							
No. Contrato o convenio:	2026-097						
Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ENFERMERA PROFESIONAL, DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE DEL CAUCA.						
Clase de Contrato o convenio:	SERVICIOS PROFESIONALES						
No. de Registro Presupuestal:	20260309						
Fecha Inicio:	4 JUNIO-2026						
Fecha Terminación:	4 OCTUBRE 2026						
El contrato cuenta con prorroga	Si		No	X	**Fecha de terminación incluyendo prorroga**		
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución en este periodo.	100%						
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	100%						
Nombre del contratista:	NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ						
CC / Nit:	1115065525						
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ						
Cargo del Supervisor:	Sub Directora Cientifica						

I. **OBLIGACIONES O ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO Y QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO O COVENIO Teniendo en cuenta la naturaleza y tipo de contrato o convenio de conformidad con lo establecido en la cláusula No _6_** Literal **B se presenta el informe correspondiente.**

1) Se realizó la clasificación (triage) de los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias, aplicando los protocolos institucionales para garantizar una atención priorizada de acuerdo con su condición clínica.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo evaluado, se realizó el proceso de clasificación y priorización de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias, con el fin de identificar de manera oportuna el nivel de atención requerido según su condición de salud. Para llevar a cabo esta valoración, se tuvieron en cuenta las condiciones generales de cada usuario, así como los signos, síntomas y demás manifestaciones clínicas presentes al momento de su ingreso. Esta actividad permitió establecer la prioridad de atención y brindar una respuesta oportuna de acuerdo con las necesidades identificadas en cada paciente.

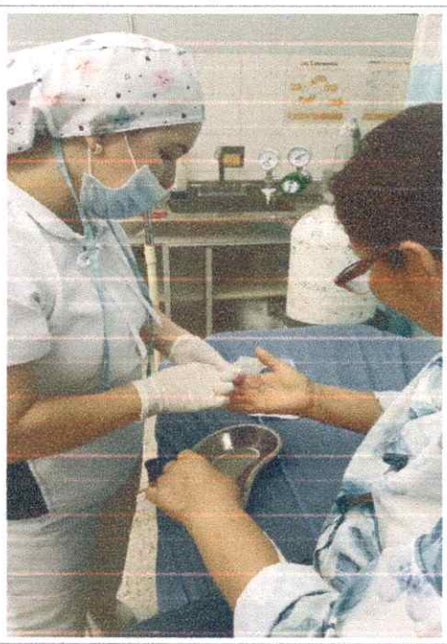
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS





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

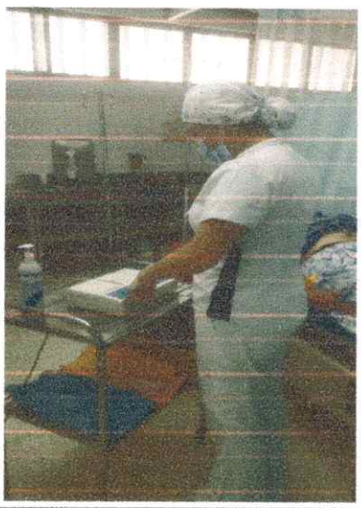
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo se llevó a cabo la evaluación inicial de enfermería a los usuarios que acudieron al servicio de urgencias, con el propósito de reconocer oportunamente los signos, síntomas y condiciones que pudieran afectar su estado de salud. En el proceso de valoración se revisaron las condiciones generales de cada paciente y se identificaron aquellos hallazgos que requerían atención prioritaria. La información obtenida fue registrada y comunicada de manera inmediata al médico tratante, favoreciendo la toma de decisiones y la prestación de una atención oportuna, segura y de calidad.



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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Suministrar medicamentos, soluciones intravenosas y tratamientos indicados, garantizando administración de acuerdo con la dosis, vía y horario establecidos, así como la identificación y vigilancia oportuna de posibles efectos adversos o reacciones al tratamiento.



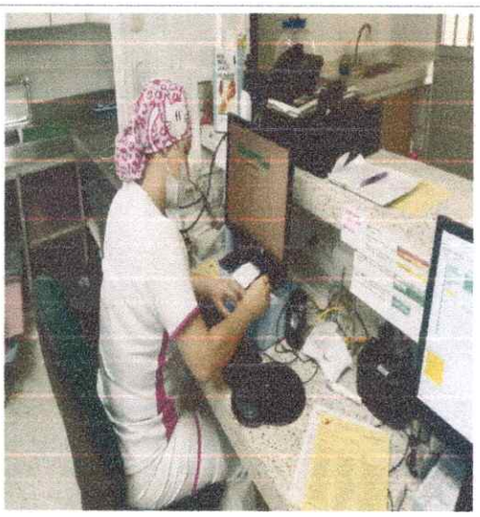


4) Preparar y asistir en la ejecución de procedimientos médicos y de enfermería en el área de urgencias, garantizando condiciones de seguridad y calidad, monitoreo continuo de signos vitales y estado clínico de los pacientes, reportando de manera inmediata cualquier cambio significativo.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo evaluado, se brindó apoyo en la preparación y realización de diferentes procedimientos médicos y de enfermería en el servicio de urgencias, teniendo en cuenta las medidas de seguridad y los protocolos establecidos. Asimismo, se efectuó vigilancia continua de los signos vitales y de la evolución de los pacientes, informando oportunamente al médico cualquier cambio o alteración identificada. Estas acciones contribuyeron a proporcionar una atención segura, oportuna y acorde con las necesidades de cada usuario.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS

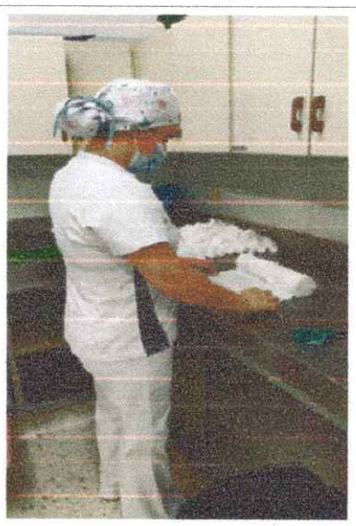

5) Brindar atención directa y seguimiento a pacientes en observación, garantizando el cumplimiento de los planes de cuidado establecidos, Elaborar, diligenciar y mantener actualizada la historia clínica y demás registros asistenciales de manera completa, oportuna y veraz, conforme a la normatividad vigente.

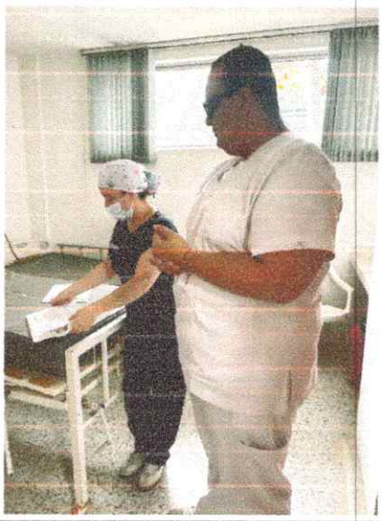
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Brindar atención integral y realizar seguimiento continuo a los pacientes en el área de observación, asegurando la ejecución de las actividades contempladas en el plan de cuidados. Asimismo, registrar y mantener actualizada la información clínica y los diferentes formatos asistenciales, garantizando que los datos consignados sean completos, precisos, oportunos y acordes con la normatividad vigente.


6) Garantizar el cumplimiento de las normas de bioseguridad, control de infecciones y manejo de residuos hospitalarios, Optimizar el uso de los recursos disponibles en el servicio, contribuyendo

a la eficiencia y calidad en la prestación del servicio de salud.

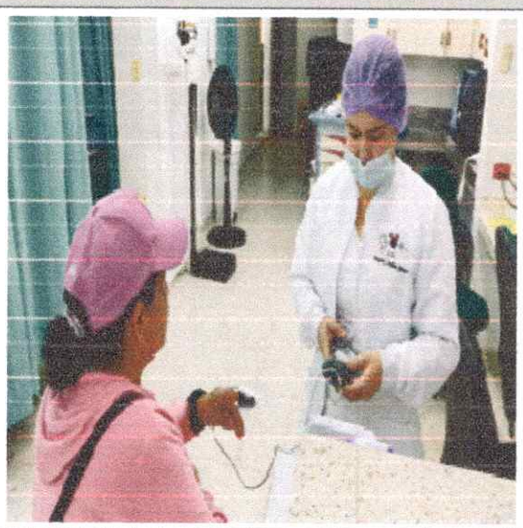
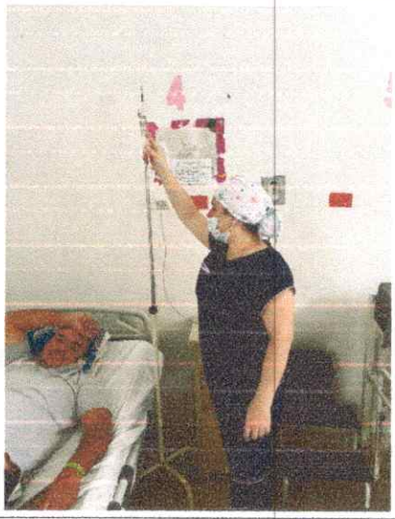
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Cumplir y promover la aplicación de las medidas de bioseguridad, prevención y control de infecciones, así como el adecuado manejo y disposición de los residuos hospitalarios. De igual manera, hacer un uso responsable y eficiente de los recursos disponibles en el servicio, favoreciendo una atención segura, oportuna y de calidad para los pacientes.





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

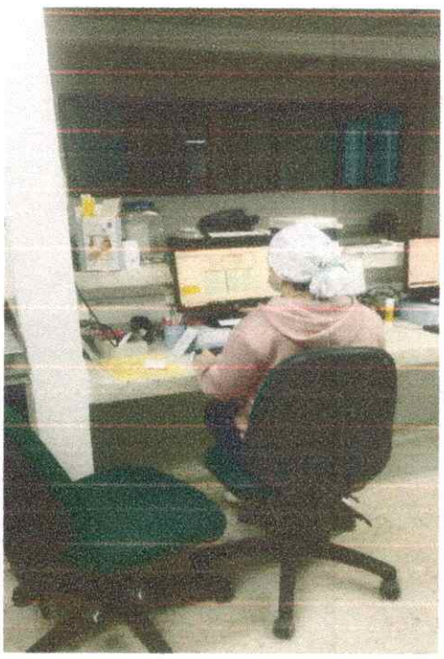
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Orientar al paciente y a sus familiares sobre las recomendaciones necesarias para el cuidado de la salud, cumplimiento del tratamiento, administración adecuada de los medicamentos y reconocimiento oportuno de signos de alarma. Asimismo, participar en las actividades de vigilancia epidemiológica y realizar el reporte correspondiente de los eventos de interés en salud pública, de acuerdo con los protocolos institucionales y la normatividad vigente.

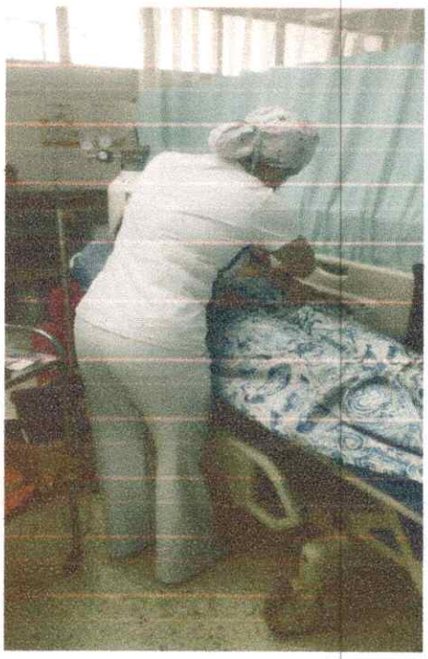
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
 

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

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo se realizó la revisión y organización diaria de los equipos, medicamentos e insumos del servicio de urgencias, garantizando su disponibilidad para la atención de los pacientes. Asimismo, se brindó atención siguiendo los protocolos establecidos y las normas de seguridad del paciente. También se apoyó la coordinación de traslados y remisiones de usuarios que requerían atención en otros servicios o instituciones, asegurando la continuidad de su cuidado

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
EVIDENCIA:





1) SUPERVISIÓN DEL CONTRATO

(El cuadro de verificacion de pagos a la seguridad social y aportes parafiscales, no aplica para persona jurídica o persona natural con establecimiento de comercio, a cambio se debe anexar certificación expedida por el revisor fiscal, cuando esté obligado de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el representante legal el cual no debe ser inferior a los seis (6) meses anteriores a la celebración del contrato. En el evento en que la sociedad no tenga más de seis (6) meses de constituida, deberá acreditar los pagos a partir de la fecha de su constitución).

VERIFICACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES												
Fondo de pensiones:	**PORVENIR**											
EPS:	**S.O.S**											
ARL:	**COLMENA**				**Nivel de Riesgo**		**III**	**X**	**II**		**V**	
Aportes voluntarios pensión	Si		No		Valor			**$ 0**				
Ahorro cuenta AFC: (Adjuntar carta de autorización)	Si		No		Valor			$ 0				
Certificación de condición de declarante	Si		No		ADJUNTAR SOPORTE							
Certificado de aportes parafiscales	Si		No		ADJUNTAR SOPORTE							

Periodo pagado	**Ingreso base de cotización – IBC**	**Valor sin intereses de mora**			**Número de Referencia de planilla (s)**
		Aporte a salud	**Aporte a pensión**	**Aporte a ARL (solo aplica para Nivel Riesgo I,II y III)**	
junio	2160000	270000	345600	52700	1083295218

julio	2160000	270000	345600	52700	1084125742
Agosto	2160000	270000	345600	52700	1084718058
Septiembre	2160000	270000	345600	52700	1085475664
Octubre	2160000	27000	$ 34.600	5300	1085475675
Totales	**$432000**	**$540000**	**$691200**	**$105400**	

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	**188676407**	Banco:	BOGOTA	Tipo de cuenta	AHORROS
FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)					
CUENTA DE COBRO No. 5					

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

TOTAL	
ITEM	**VALOR EN PESOS**
Valor Inicial del contrato	27.000.000
Valor Adiciones o reducciones	
Valor Total del contrato	27.000.000
Valor pagado	27000000
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. 2026-097 certifico que el/la contratista ejecuto sus actividades conforme a lo estipulado, de manera oportuna y con la calidad y eficiencia requeridas, así como en los tiempos establecidos para el desarrollo de cada una de ellas.
Conforme a lo verificado, el contratista cumplió con las obligaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la Ley 789 de 2002 modificada por la Ley 828 de 2003 y de ARP según la ley 1562 de 2012.
Se autoriza el pago por la suma de cinco millones cuatrocientos mil pesos M/CTE, ($5.400.000)

Yani Lorena Robles Ramírez
Supervisora de contrato
Sub-directora científica

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

DAVIVIENDA

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

Encabezado Proceso de Pago

Nombre Proceso de Pago	NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ	**Estado Proceso**	Pendiente de Respuesta
Nº Proceso de Pago	55734974		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 05500124****2309		
Fecha de Creacion	07/10/2026	**Fecha de Pago**	07/10/2026 10:07
Total de Registros	1	**Monto Total**	$ 3.029.000,00
Registros Ingresados	1	**Monto Ingresado**	$ 3.029.000,00

Detalle de Pagos

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

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

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

CTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA No. 188 676 407

FECHA	No. FACT.	SUBTOTAL		TOTAL	ESTAMPILLA PRO CULTURA 1%	ESTAMPILLA 0.5%	ESTAMPILLA 1%	ESTAMPILLA PRO DEPORTE 2.5%	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 4%	TOTAL A PAGAR
7/10/2026	DSH-1568	$ 3.060.000		$ 3.060.000	$ 31.000					$ 3.029.000
TOTAL		$ 3.060.000	$ -	$ 3.060.000	$ 31.000	$ -	$ -	$ -	$ -	$ 3.029.000

DAVIVIENDA

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

Encabezado Proceso de Pago

Nombre Proceso de Pago	NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ	**Estado Proceso**	Pendiente de Respuesta
Nº Proceso de Pago	55746636		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 05500124****2309		
Fecha de Creacion	08/10/2026	**Fecha de Pago**	08/10/2026 11:36
Total de Registros	1	**Monto Total**	$ 1.912.000,00
Registros Ingresados	1	**Monto Ingresado**	$ 1.912.000,00

Detalle de Pagos

Nit Destino	Nombre Destino	Referencia	Tipo Producto o Servicio Destino	Producto o Servicio Destino	Entidad Destino	Valor	Estado	Motivo Rechazo
1115065525	NINI JOHANA PRIETO MARTINEZ	0000008903091156	Ahorros	188676407	BOGOTA	$ 1.912.000,00	Pendiente de Respuesta	

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

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

CTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA No. 188 676 407

FECHA	No. FACT.	SUBTOTAL		TOTAL	ESTAMPILLA PRO CULTURA 1%	ESTAMPILLA 0.5%	ESTAMPILLA 1%	ESTAMPILLA PRO DEPORTE 2.5%	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 4%	ABONO	TOTAL A PAGAR
7/10/2026	DSH-1568	$ 5.400.000	-	$ 5.400.000	$ 54.000		$ 54.000	$ 135.000	$ 216.000	$ 3.029.000	$ 1.912.000
TOTAL		$ 5.400.000	$ -	$ 5.400.000	$ 54.000	$ -	$ 54.000	$ 135.000	$ 216.000	$ 3.029.000	$ 1.912.000