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. **DSHY1583**

18764078397051

CUDS:645f8899c53dadfcf9f67bdd2d406b00e6e62769388a31a44dec71994b2b06941ea2f88dd142ddff247c02b1f4a83ce4

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:	MARTINEZ NIÑO SEBASTIAN
Tipo Identificación:	NIT
NIT:	1115093433
Dirección:	CR 92 45 160
Teléfono:	3162701022
Ciudad:	CALI
País:	Colombia

FECHA DOCUMENTO: 13/10/2026	MONEDA: COP	FORMA DE PAGO: Crédito	MEDIO DE PAGO: Transferencia Débito Bancaria	FECHA VENCIMIENTO: 13/11/2026

FECHA GENERACIÓN ERP: 13/10/2026 04:59:53	FECHA VALIDACIÓN DIAN: 13/10/2026 05:00:08		

ITEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS EN EL AREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL LOCAL DELMUNICIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE	1	UNIDAD	$7,200,000	$7,200,000

TOTAL ÍTEMS: 1

VALORES EN LETRA: SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS

OBSERVACIONES:
PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS EN EL AREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL LOCAL DELMUNICIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE

SUBTOTAL	$7,200,000.00
TOTAL RETENCIONES	$0.00
TOTAL	$7,200,000.00

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: 2026-10-13 04: 59:53 - Fecha Validación Dian: 2026-10-1305:00:08
© 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:
SEBASTIÁN MARTÍNEZ NIÑO
CC 1115093433

LA SUMA DE: SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/C ($7200000,00)

POR CONCEPTO DE:

PAGO DE QUINTA CUOTA DE CONTRATO 2026-0312

OBJETO:

Prestación de servicios médicos en el área de urgencias del Hospital Local De Yotoco E.S.E.

Yotoco, 8 de Octubre del 2026

Consignar cuenta BANCOLOMBIA, Número de cuenta: 265-000073-69

Firma: Sebas Tian M D
SEBASTIÁN MARTÍNEZ NIÑO
C.C. 1115093433
Teléfono: 3162701022
Dirección: CALLE 12 #15-13
Correo: SEBAS.1999.MARTINEZ@GMAIL.COM
Código CIIU: 8621

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:

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° 2026-100

OBJETO

PRESTACION DE SERVICIOSCOMO MÉDICO GENERAL EN ELSERVICIO DE URGENCIAS DÈL HOSPITAL LOCAL DE YOTOCO

PERIODO

DEL 4 DE SEPTIEMBRE DEL 2026 AL 4 DE OCTUBRE DEL 2026

Doctora:

YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ

Supervisora Contrato

Sub-directora Científica

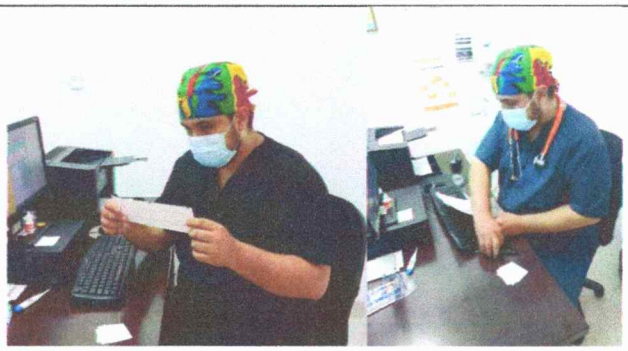
Hospital Local Yotoco

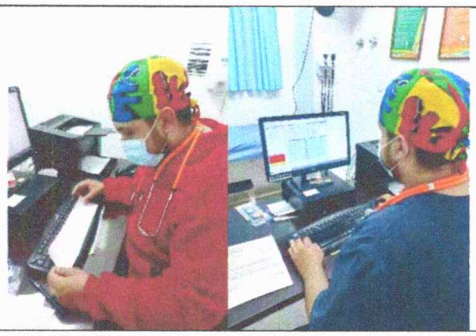
Yotoco-Valle

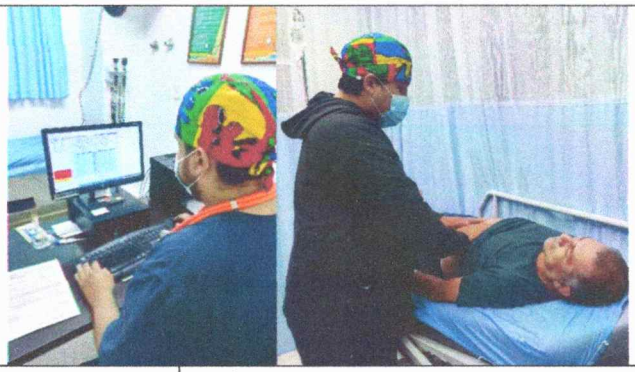
REFERENCIA: PRESENTACIÓN INFORME

Cordial saludo.

Yo, SEBASTIÁN MARTÍNEZ NIÑO, identificado con cédula de ciudadanía No 1115093433, en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No. 2026-0312, atentamente presento el informe parcial 5 de las actividades desarrolladas de acuerdo con las obligaciones señaladas en el contrato, de la siguiente manera:

OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 1.	**ACTIVIDAD**
1. Prestar los servicios médicos asistenciales en el servicio de urgencias de acuerdo con la programación de turnos.	Durante el periodo correspondiente, se cumplió con el cronograma y la programación de turnos definidos por la Subdirección Científica para el servicio de urgencias. Se garantizó la continuidad, permanencia y oportunidad en la atención médica, contando con el talento humano necesario para brindar respuesta inmediata a los usuarios que acudieron por situaciones de emergencia, patologías agudas y eventos traumáticos.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.	**ACTIVIDAD**
Realizar la valoración médica, diagnóstico y tratamiento de los pacientes que consultan al servicio de urgencias.	Durante el periodo reportado, se efectuó la valoración clínica inicial de los usuarios atendidos en el servicio de urgencias, realizando la identificación oportuna de los diagnósticos y la definición e implementación del tratamiento requerido, de acuerdo con el nivel de prioridad establecido mediante el sistema de Triage. Asimismo, se desarrollaron intervenciones dirigidas a la estabilización hemodinámica y al manejo integral de pacientes con traumatismos de baja y mediana complejidad. Los planes terapéuticos fueron

	establecidos conforme a los principios de la lex artis y teniendo en cuenta la capacidad resolutiva de la institución.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
EVIDENCIA FOTOGRAFICA	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	**ACTIVIDAD**
Diligenciar de forma oportuna, clara y completa la historia clínica y demás registros médicos.	Se garantizó el diligenciamiento oportuno, preciso, completo y secuencial de la historia clínica correspondiente a cada paciente atendido, procurando que la información asistencial fuera registrada en tiempo real. La documentación incluyó la anamnesis, el examen físico, las notas de evolución realizadas durante la permanencia en observación, la formulación del tratamiento y la elaboración de las respectivas epicrisis al momento del egreso.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.	**ACTIVIDAD**
Definir la conducta médica y gestionar remisiones al nivel complementario cuando el caso lo requiera.	Posterior a la valoración y estabilización inicial de los pacientes, se estableció la conducta médica pertinente de acuerdo con su estado clínico, contemplando el egreso con las respectivas recomendaciones y manejo terapéutico, la continuidad en observación o la remisión a una institución de mayor complejidad. Para aquellos casos que superaban la capacidad resolutiva del primer nivel de atención, se realizó oportunamente la documentación y elaboración de los anexos técnicos requeridos para la referencia, así como la coordinación del

	traslado, procurando garantizar la continuidad, oportunidad y seguridad de la atención.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 5.	**ACTIVIDAD**
Formular medicamentos, solicitar exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas según el nivel de complejidad.	Durante la atención brindada en los servicios de urgencias y observación, se solicitaron de manera oportuna los estudios paraclínicos necesarios para complementar la evaluación diagnóstica y facilitar la toma de decisiones clínicas. De igual manera, en los casos que requirieron manejo ambulatorio al egreso, se realizó la formulación de los medicamentos correspondientes, teniendo en cuenta el vademécum institucional y las guías de práctica clínica vigentes.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	

SEBASTIÁN MARTÍNEZ NIÑO

CC: 1115093433

Contratista

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-10-07, 11:13:41 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1085666363

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

PAGADO 05/10/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SEBASTIAN MARTINEZ NIÑO		
Documento	CC1115093433	**Dirección**	CL 7 #6 E - 02
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3113580152
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 1115093433	SEBASTIAN MARTINEZ NIÑO	59	00		X															0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.880.000	$ 460.800	(EPS012) COMFENALCO VALLE EPS	$ 2.880.000	$ 360.000	2,436	$ 2.880.000	$ 70.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 891.000

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
$ 2.880.000	$ 2.880.000	$ 2.880.000	$ 0	$ 460.800	$ 360.000	$ 70.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 891.000	$ 0	$ 891.000

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!

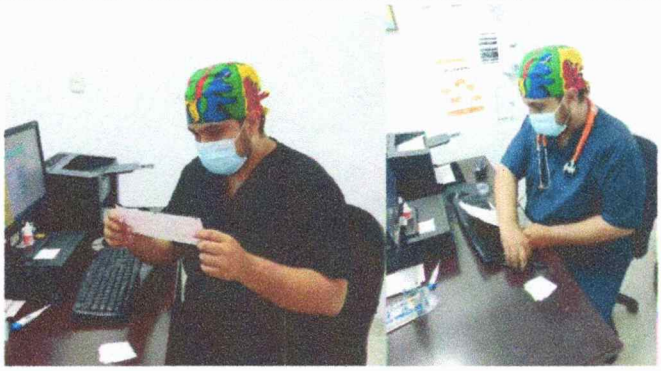
Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ACTA DE SUPERVISION No. 5 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 4 DE SEPTIEMBRE DEL 2026 AL 4 DE OCTUBRE DEL 2026						
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO						
No. Contrato o convenio:	2026-100					
Objeto:	*PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MÉDICO GENERALDELSERVICIO DE URGENCIAS EN EL MUNICIPIO DE YOTOCO, VALLE DEL CAUCA.*					
Clase de Contrato o convenio:	SERVICIOS PROFESIONALES					
No. de Registro Presupuestal:	20260312					
Fecha Inicio:	04/05/2026					
Fecha Terminación:	04/10/2026					
El contrato cuenta con prorroga	Si		No	X	**Fecha de terminación incluyendo prorroga**	
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución en este periodo.	100%					
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución Total.	100%					
Nombre del contratista:	SEBASTIÁN MARTÍNEZ NIÑO					
CC / Nit:	1115093433					
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	YANI LORENA ROBLES RAMIREZ					
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) Prestar los servicios médicos asistenciales en el servicio de urgencias de acuerdo con la programación de turnos.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el periodo informado se dio cumplimiento al cronograma de turnos dispuesto por la Subdirección Científica para el servicio de urgencias, garantizando la prestación continua e ininterrumpida de la atención médica durante las jornadas asignadas. Se aseguró la disponibilidad oportuna del servicio para atender a los usuarios que ingresaron por urgencias médicas, patologías agudas y eventos traumáticos, brindando una respuesta asistencial inmediata conforme a las necesidades clínicas de cada caso.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Evidencia: 

2) Realizar la valoración médica, diagnóstico y tratamiento de los pacientes que consultan al servicio de urgencias.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se realizó la valoración clínica inicial y el abordaje diagnóstico de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias, aplicando de manera sistemática el sistema de Triage para establecer la prioridad de atención de acuerdo con la gravedad de cada caso. De igual forma, se llevaron a cabo las intervenciones necesarias para la estabilización hemodinámica, las maniobras de reanimación cardiopulmonar cuando estuvieron indicadas y el manejo de pacientes con trauma de baja y mediana complejidad, formulando los planes terapéuticos conforme a los principios de la *lex artis* y a la capacidad resolutiva de la institución.
Evidencia: 

3) Diligenciar de forma oportuna, clara y completa la historia clínica y demás registros médicos.

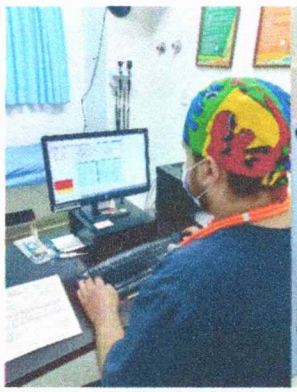
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Se garantizó el registro completo, claro, cronológico y oportuno de la atención brindada a cada paciente en la historia clínica institucional, efectuando el diligenciamiento en tiempo real y conforme a los lineamientos establecidos para el adecuado registro asistencial. La documentación incluyó la anamnesis, el examen físico, las notas de evolución durante la estancia en observación, la formulación médica y la elaboración de las respectivas epicrisis al momento del egreso, en cumplimiento de lo dispuesto por la Resolución 1995 de 1999 y demás normas vigentes aplicables.

Evidencias:



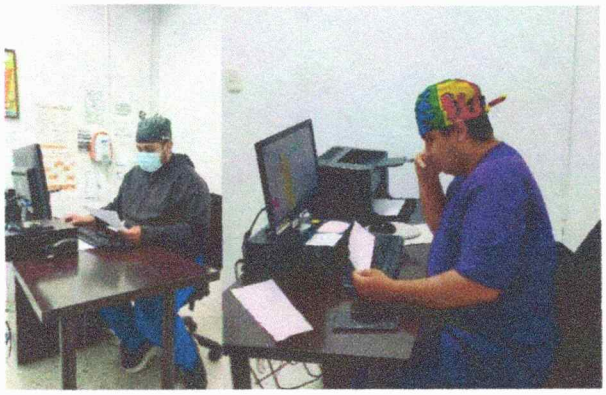

4) Definir la conducta médica y gestionar remisiones al nivel complementario cuando el caso lo requiera.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Una vez realizada la valoración y estabilización inicial de los pacientes, se definió la conducta médica más adecuada de acuerdo con su condición clínica, *incluyendo el egreso con las respectivas recomendaciones y tratamiento, la permanencia en* observación o la remisión a una institución de mayor nivel de complejidad. En los casos que excedieron la capacidad resolutiva del primer nivel de atención, se efectuó oportunamente el diligenciamiento de los anexos técnicos de referencia y se coordinó el traslado seguro de los pacientes en articulación con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), garantizando la continuidad del proceso asistencial.
Evidencias:




5) Formular medicamentos, solicitar exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas según el nivel de complejidad.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante la atención de los pacientes en los servicios de urgencias y observación, se solicitaron de manera oportuna los exámenes paraclínicos requeridos, incluyendo pruebas de laboratorio y estudios de imagen básicos, con el fin de orientar el proceso diagnóstico y sustentar la toma de decisiones clínicas. Asimismo, al momento del egreso, se realizó la formulación de los medicamentos para tratamiento ambulatorio, en concordancia con el vademécum institucional y las guías de práctica clínica vigentes.
EVIDENCIA:

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS


Las fotografías incluidas en este registro fueron tomadas con el consentimiento expreso de los pacientes atendidos

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:	**COLPENSIONES**											
EPS:	**COMFENALCO**											
ARL:	**COLMENA**				**Nivel de Riesgo**	**III**	**X**	**II**		**V**		
Aportes voluntarios pensión	Si	X	No		Valor		**$ 0**					
Ahorro cuenta AFC: (Adjuntar carta de autorización)	Si		No		Valor		$ 0					
Certificación de condición de declarante	Si		No	x	ADJUNTAR SOPORTE							
Certificado de aportes parafiscales	Si		No	x	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	2880000	360300	461200	70300	1082684821
JUNIO	2880000	360300	461200	70300	1083394224
JULIO	2880000	360300	461200	70300	1084160908
AGOSTO	2880000	360300	461200	70300	1085250793
SEPTIEMBRE	2880000	360300	461200	70300	1085666363
Totales	**14400000**	**1801500**	**2306000**	**351500**	**N/A**

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	**265-000073-69**	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de cuenta	AHORROS
FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)					
CUENTA DE COBRO No. 5					

AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES		
Número de registro presupuestal	**Rubro**	**Valor**
20260312		
TOTAL		
ITEM		**VALOR EN PESOS**
Valor Inicial del contrato		36000000
Valor Adiciones o reducciones		0
Valor Total del contrato		36000000
Valor pagado		28800000
Valor a pagar		7200000
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 -100 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 siete millones doscientos mil pesos M/CTE, ($7200000)

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	SEBASTIAN MARTINEZ NIÑO	**Estado Proceso**	Pendiente de Respuesta
Nº Proceso de Pago	55784021		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 05500124****2309		
Fecha de Creacion	14/10/2026	**Fecha de Pago**	14/10/2026 10:28
Total de Registros	1	**Monto Total**	$ 6.588.000,00
Registros Ingresados	1	**Monto Ingresado**	$ 6.588.000,00

Detalle de Pagos

Nit Destino	Nombre Destino	Referencia	Tipo Producto o Servicio Destino	Producto o Servicio Destino	Entidad Destino	Valor	Estado	Motivo Rechazo
1115093433	SEBASTIAN MARTINEZ NIÑO	0000008903091156	Ahorros	26500007369	BANCOLOMBIA	$ 6.588.000,00	Pendiente de Respuesta	

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

SEBASTIAN MARTINEZ NIÑO C.C. 1,115,093,433

CTA DE AHORROS BANCOLOMBIA No. 265 000 073 69

FECHA	No. FACT	SUBTOTAL		TOTAL	ESTAMPILLA PRO CULTURA 1%	ESTAMPILLA 0.5%	ESTAMPILLA 1%	ESTAMPILLA PRO DEPORTE 2.5%	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 4%	TOTAL A PAGAR
13/10/2026	DSH-1586	$ 7.200.000		$ 7.200.000	$ 72.000		$ 72.000	$ 180.000	$ 288.000	$ 6.588.000
TOTAL		$ 7.200.000	$ -	$ 7.200.000	$ 72.000	$ -	$ 72.000	$ 180.000	$ 288.000	$ 6.588.000