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. DSHY1587

18764078397051

CUDS:7ad0edbe0ec8ecfa39c532f9e6173e574ba62fc34f4bbd93e0fbb0301726fb51c3ea69c74e330737299584896d7fc451

DATOS COMPRADOR:		DATOS VENDEDOR:	
Razón Social:	HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO E.S.E.	**Nombre:**	CHASQUI SUSATAMA STEFANNY
Tipo Identificación:	NIT	**Tipo Identificación:**	NIT
NIT:	890309115	**NIT:**	1002855512
Dirección:	CALLE 5 # 4 - 25	**Dirección:**	CALL 1 5-55
Teléfono:	2524979	**Teléfono:**	3209270448
Ciudad:	YOTOCO	**Ciudad:**	YOTOCO
País:	Colombia	**País:**	Colombia

FECHA DOCUMENTO:	MONEDA:	FORMA DE PAGO:	MEDIO DE PAGO:	FECHA VENCIMIENTO:
19/10/2026	COP	Crédito	Transferencia Débito Bancaria	19/11/2026

FECHA GENERACIÓN ERP:	FECHA VALIDACIÓN DIAN:
19/10/2026 10:15:05	19/10/2026 10:15:18

ITEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1		PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO, PARA APOYAR LOS PROCESOS DE TOMA, MANEJO CONSERVACION Y TRASLADO DE MUESTRAS CONFORME A LAS NECESIDADES INSTITUCIONALES DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE	1	UNIDAD	$3,100,000	$3,100,000

TOTAL ÍTEMS: 1

VALORES EN LETRA: TRES MILLONES CIEN MIL PESOS

OBSERVACIONES:
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO, PARA APOYAR LOS PROCESOS DE TOMA, MANEJO CONSERVACION Y TRASLADO DE MUESTRAS CONFORME A LAS NECESIDADES INSTITUCIONALES DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE

SUBTOTAL	$3,100,000.00
TOTAL RETENCIONES	$0.00
TOTAL	$3,100,000.00

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: 2026-10-19 10: 15:05 - Fecha Validación Dian: 2026-10-1910:15:18
© 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:
STEFANNY CHASQUI SUSATAMA
CC 1.002.855.512 de Yotoco Valle

LA SUMA DE: TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/C ($3.100.000)

por concepto de:

Prestacion de servicios, como auxiliar de laboratorio clinico, para apoyar los procesos de toma, manejo conservacion y traslado de muestras conforme a las necesidades institucionales de la E.S.E. hospital local del municipal de yotoco valle

OBJETO:

Prestación de servicios como auxiliar de enfermería laboratorio del Hospital Local De Yotoco E.S.E.

Yotoco, 19 de octubre de 2026

Consignar cuenta de ahorros banco de Bancolombia, Número de cuenta: 912-837851-01

Firma: Stefanny Chasqui

C.C. 1.002.855.512
Teléfono: 3209270448
Dirección: Calle 1AN 5-55
Correo: stefannychasqui@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 $ 1.750.000

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: Stefanny Chasqui

C.C. 1.002.855.512
Teléfono: 3209270448
Dirección: Calle 1AN 5-55
Correo: stefannychasqui@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
2026-114 DE 2026

OBJETO

PRESTACION DE SERVICIOS, COMO AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO, PARA APOYAR LOS PROCESOS DE TOMA, MANEJO CONSERVACION Y TRASLADO DE MUESTRAS CONFORME A LAS NECESIDADES INSTITUCIONALES DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE

PERIODO

DEL AL 04 DE SEPTIEMBRE AL 04 DE OCTUBRE DEL 2026

Doctora:

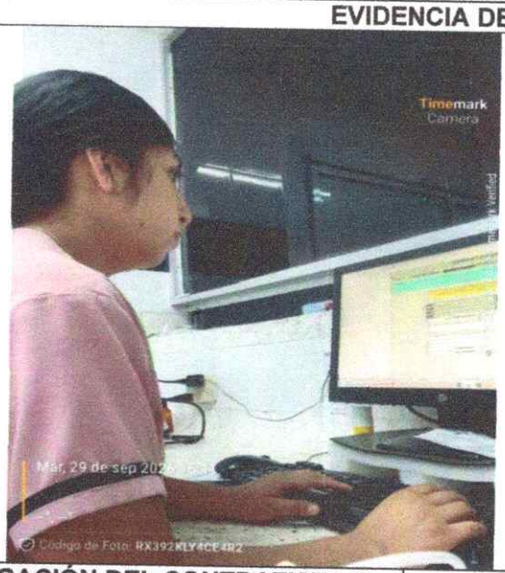
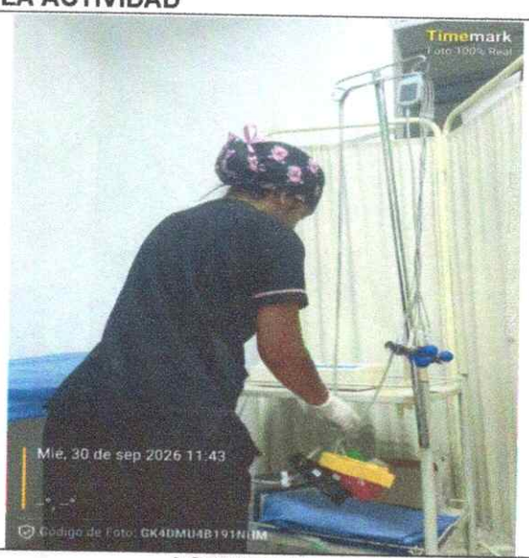
YANI LORENA ROBLES RAMÍREZ

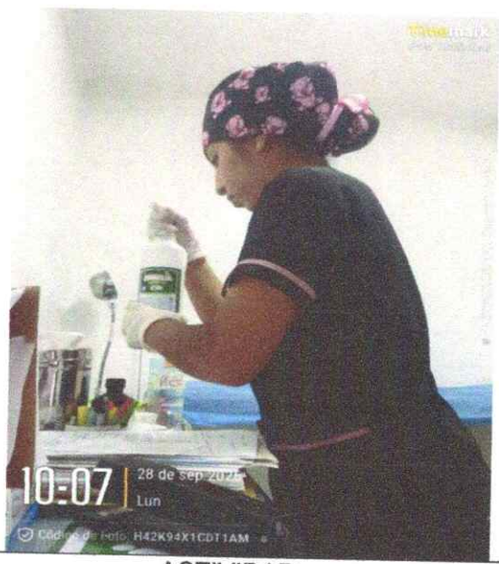
Supervisora Contrato
Sub-directora Científica
Hospital Local Yotoco
Yotoco-Valle

REFERENCIA: PRESENTACIÓN INFORME

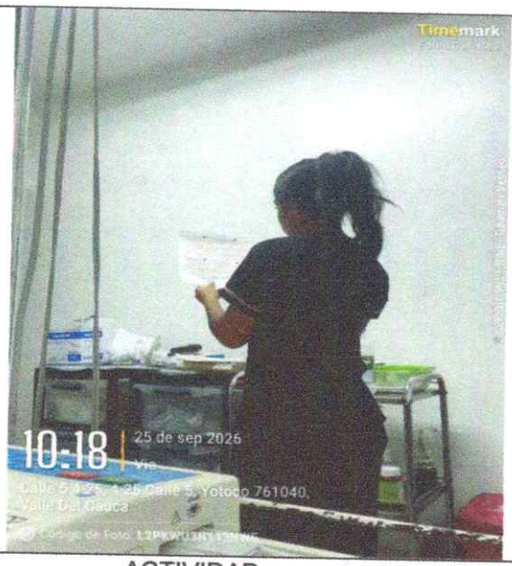
Cordial saludo.

Yo, STEFANNY CHASQUI SUSATAMA, identificado con cedula de ciudadanía No,1002855512 en mi condición de contratista, vinculado al Hospital Local de Yotoco, mediante el contrato de Prestación de Servicios No 2026-114, 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
Fortalecer los conocimientos y habilidades en el área de procedimientos de enfermería.	Durante el mes de septiembre desarrollé actividades en el área de procedimientos de enfermería, realizando afinamientos de presión arterial en horas de la mañana para efectuar el seguimiento y control de las cifras tensionales de los pacientes. Asimismo, realicé curaciones, retiro de suturas, electrocardiogramas, toma de muestras para urocultivos en pacientes con sonda vesical, cambio de sondas vesicales, frotis vaginales y uretrales, cultivos rectovaginales en gestantes, lavados de oído, aplicación de anticonceptivos inyectables de aplicación mensual, citologías convencionales y toma de muestras para pruebas de VPH. También elaboré las notas de enfermería correspondientes a los procedimientos realizados, dejando registro de las actividades efectuadas y de la atención brindada a los pacientes. En cada actividad apliqué las medidas de bioseguridad y los protocolos establecidos, fortaleciendo mis conocimientos y habilidades prácticas en el área.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 2.	**ACTIVIDAD**

Recepción, verificación y orientación del paciente para la realización de procedimientos de enfermería.	Durante el mes de septiembre realicé la recepción de los pacientes, verificando sus datos de identificación y la orden médica del procedimiento solicitado. Asimismo, orienté a los usuarios sobre las indicaciones previas a la atención, preparé los materiales e insumos necesarios y verifiqué que se contara con los elementos requeridos para cada procedimiento, garantizando el cumplimiento de las medidas de bioseguridad, la privacidad y una atención segura y humanizada.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
EVIDENCIA FOTOGRAFICA	 
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 3.	ACTIVIDAD
Identificación, rotulación y registro de las muestras y procedimientos de enfermería.	En horas de la mañana recibía las órdenes de laboratorio remitidas al área de procedimientos, verificaba la información del paciente y realizaba la toma de las muestras solicitadas, entre ellas frotis vaginales, frotis uretrales, cultivos rectovaginales en gestantes y urocultivos. Posteriormente, efectuaba la debida rotulación de las muestras con los datos de identificación correspondientes, verificando que la información coincidiera con la orden y el paciente. Una vez recolectadas e identificadas, las muestras se remitían al área de laboratorio clínico para su procesamiento, siguiendo las indicaciones establecidas y las medidas de bioseguridad. Estas actividades permitían mantener una adecuada identificación y trazabilidad de las muestras, además de favorecer la coordinación entre los servicios de procedimientos y laboratorio clínico.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	

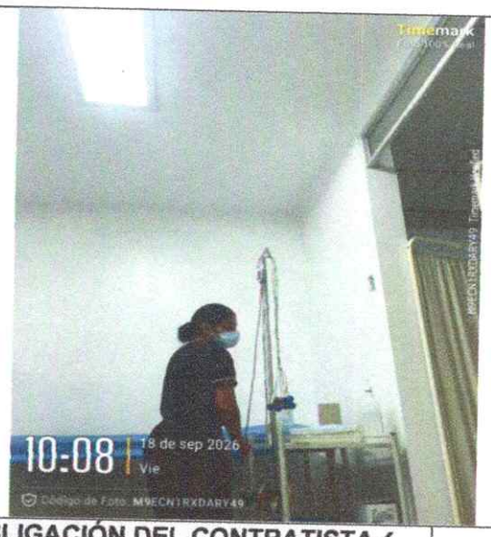
<table>
<tr><td colspan="2">


</td></tr>
<tr><td>OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 4.</td><td>ACTIVIDAD</td></tr>
<tr><td>Preparación y ejecución de procedimientos asistenciales de enfermería.</td><td>En el desarrollo de mis actividades en el área de procedimientos, preparé los materiales e insumos necesarios para cada atención, verificando las órdenes médicas y los datos de identificación de los pacientes. Realicé curaciones y retiro de suturas, teniendo en cuenta las medidas de asepsia y antisepsia, así como cambios de sondas vesicales y lavados de oído, siguiendo las indicaciones correspondientes. Asimismo, realicé la aplicación de anticonceptivos inyectables de aplicación mensual, verificando la orden médica, el medicamento indicado y la vía de administración. También efectué electrocardiogramas y toma de muestras para urocultivos, frotis vaginales, frotis uretrales y cultivos rectovaginales en gestantes, procurando una adecuada preparación del paciente y el manejo correcto de las muestras. Estas actividades se desarrollaron siguiendo los protocolos institucionales y las medidas de bioseguridad, contribuyendo a la seguridad del paciente y al adecuado desarrollo de los procedimientos asistenciales.</td></tr>
<tr><td colspan="2">EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD</td></tr>
</table>





OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 5.	ACTIVIDAD
Informar, educar y orientar a los pacientes sobre los procedimientos de enfermería	En el área de procedimientos brindé información y orientación a los pacientes sobre las indicaciones previas y posteriores a los procedimientos realizados, explicando los cuidados necesarios según cada caso. En las usuarias que asistían para citologías convencionales, realicé preguntas previas relacionadas con los antecedentes y aspectos necesarios para la toma del examen, además de explicar la importancia de reclamar los resultados en el tiempo indicado y asistir a consulta para su respectiva revisión. Asimismo, orienté a las usuarias sobre las pruebas de VPH y a los pacientes que asistían para curaciones, retiro de suturas y aplicación de anticonceptivos inyectables mensuales. Para la realización de electrocardiogramas, indiqué la importancia de permanecer en reposo y evitar movimientos durante el registro. También brindé educación a los pacientes con cambio de sonda vesical sobre la higiene genital, el cuidado de la sonda, la posición adecuada de la bolsa recolectora y la prevención de posibles complicaciones. Estas actividades contribuyeron a fortalecer el autocuidado y la continuidad de la atención en salud.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	





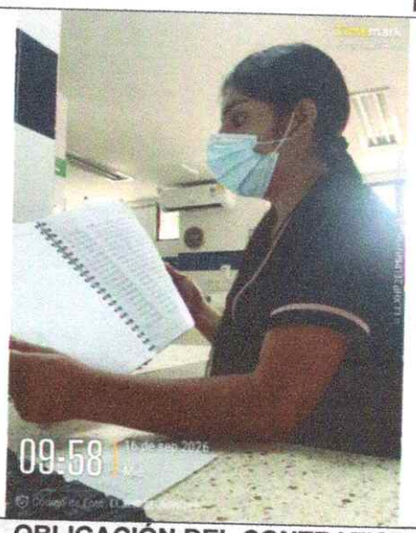
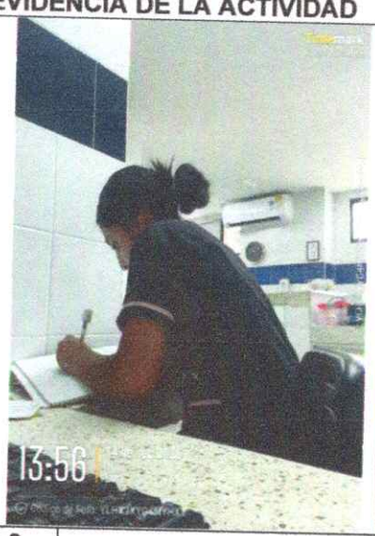
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 6.	ACTIVIDAD
Trabajo en equipo y coordinación para el desarrollo de las actividades del área de procedimientos de enfermería.	Mantuve una comunicación constante con las jefes, siguiendo sus indicaciones y recibiendo recomendaciones del personal de urgencias que contribuyeron al fortalecimiento de mis conocimientos y habilidades. Asimismo, realicé la preparación, limpieza y esterilización del instrumental utilizado en los diferentes procedimientos de enfermería, de acuerdo con los protocolos establecidos. También verifiqué la disponibilidad de materiales e insumos del área y elaboré los pedidos de los elementos faltantes para garantizar los recursos necesarios para la atención de los pacientes. Estas actividades favorecieron la organización del servicio y el adecuado funcionamiento del área de procedimientos.

EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD





OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 7.	ACTIVIDAD
Registro, seguimiento y gestión de resultados de los procedimientos de enfermería.	En horas de la tarde, de 2:00 p. m. a 4:00 p. m., realicé electrocardiogramas y elaboré las notas de enfermería correspondientes a los procedimientos efectuados durante la

	jornada de la mañana. Asimismo, me encargaba de entregar los resultados de exámenes de laboratorio a los pacientes que se habían realizado la toma de muestras el día anterior, verificando la identificación correspondiente antes de realizar la entrega. También revisaba la plataforma de seguimiento de las citologías cervicouterinas y pruebas de VPH para verificar los resultados reportados e identificar aquellos que presentaban hallazgos alterados. En estos casos, elaboraba la nota correspondiente, contactaba telefónicamente a la paciente y gestionaba la asignación de una cita para su valoración médica. Estas actividades contribuían al seguimiento oportuno de los resultados, al registro de la atención y a la continuidad de los servicios de salud.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	
  	
OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA 8.	**ACTIVIDAD**
Organizar y mantener el área de procedimientos de enfermería.	Al finalizar las actividades asistenciales, me encargaba de organizar el área de procedimientos, realizar la limpieza y desinfección de las superficies utilizadas de trabajo y la camilla. Asimismo, limpiaba los equipos de electrocardiografía y preparaba las chupas o electrodos, aplicándoles gel conductor para dejarlos listos para su uso en la siguiente jornada. También realizaba el cambio de sábanas de la camilla, garantizando condiciones adecuadas de higiene y comodidad para los pacientes. De igual manera, organizaba los materiales e insumos utilizados en los procedimientos, como gasas, guantes, apósitos, jeringas y demás elementos necesarios para la atención, dejándolos debidamente ubicados y disponibles para el día siguiente. Además, recogía y clasificaba los residuos generados de acuerdo con las normas de bioseguridad y dejaba el instrumental utilizado dispuesto para su correspondiente proceso de limpieza y esterilización. Estas actividades contribuían a mantener el área limpia, organizada y preparada para brindar una atención segura y oportuna a los pacientes.
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD	



Stefanny Chasqui

STEFANNY CHASQUI SUSATAMA

CC: 1002855512

Contratista

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1002855512

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1002855512
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			STEFANNY CHASQUI SUSATAMA
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOTOCO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CL 1AN # 5-55	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4669559379	TIPO DE PLANILLA:			N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: septiembre	AÑO: 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES: septiembre	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:			8		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/10/13	NÚMERO AUTORZACIÓN:	9998319865
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			4668802245	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2026/10/08

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES									
																											PENSIÓN									SALUD								ARP																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COD CABEZA FAMILIAR	EXTRANJERO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	COF ADMIN	COF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1002855512	CHASQUI SUSATAMA STEFANNY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				04						A											25-14 COLPENSIONES	27	$ 1.575.815	$ 252.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 252.200	EPS037-NUEVA EPS	27	$ 1.575.815	$ 197.000	$ 0	$14-25-197.000	COLMENA	27	$ 1.575.815	10028555	$ 38.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1002855512	CHASQUI SUSATAMA STEFANNY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				01						C											25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$14-25-218.900	COLMENA	30	$ 1.750.905	10028555	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1002855512	CHASQUI SUSATAMA STEFANNY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				01						R											25-14 COLPENSIONES	3	$ 175.090	$ 28.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 28.000	EPS037-NUEVA EPS	3	$ 175.090	$ 21.900	$ 0	$ 21.900	14-25-COLMENA	3	$ 175.090	10028555	$ 4.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 54.200

Planilla Pagada

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1002855512
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			STEFANNY CHASQUI SUSATAMA
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOTOCO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CL 1AN # 5-55	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4668802245			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	3						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/10/08			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9998302359

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 252.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 600	$ 0	$ 252.200	$ 600	$ 252.800
SUBTOTALES:										**$ 252.200**	**$ 600**	**$ 252.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 197.000	$ 0	$ 500	$ 0	$ 197.000	$ 500	$ 0	$ 197.500
SUBTOTALES:													**$ 197.000**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 197.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 38.400	$ 38.400	$ 100	$ 0	$ 38.500
SUBTOTALES:									**$ 38.400**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 38.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

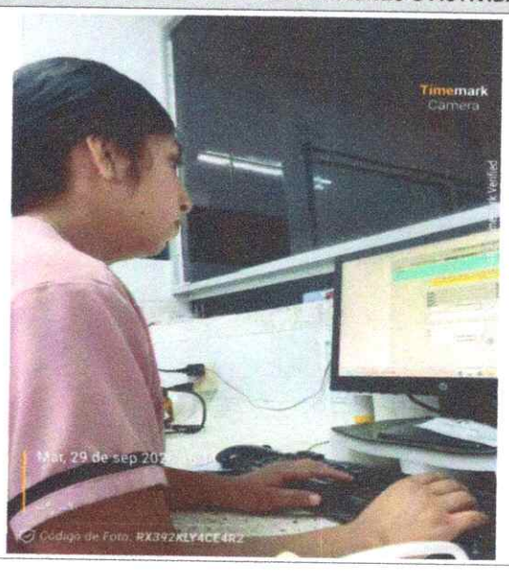
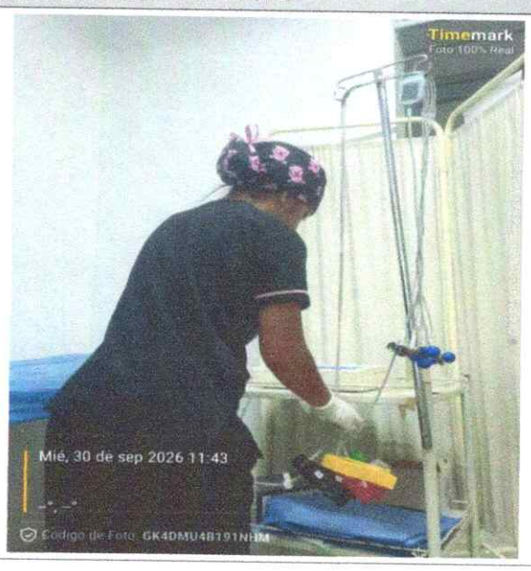
| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

ACTA DE SUPERVISION No.5 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 04 DE SEPTIEMBRE AL 04 DE OCTUBRE DE 2026 FECHA DEL INFORME: 19/10/2026							
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO							
No. Contrato o convenio:	2026-114						
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO, PARA APOYAR LOS PROCESOS DE TOMA, MANEJO CONSERVACION Y TRASLADO DE MUESTRAS CONFORME A LAS NECESIDADES INSTITUCIONALES DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE YOTOCO VALLE						
Clase de Contrato o convenio:	SERVICIOS						
No. de Registro Presupuestal:	20260370						
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:	STEFANNY CHASQUI SUSATAMA						
CC / Nit:	C.C. No. 1002855512						
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) Fortalecer los conocimientos y habilidades en el área de procedimientos de enfermería.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el mes de septiembre desarrollé actividades en el área de procedimientos de enfermería, realizando afinamientos de presión arterial en horas de la mañana para efectuar el seguimiento y control de las cifras tensionales de los pacientes. Asimismo, realicé curaciones, retiro de suturas, electrocardiogramas, toma de muestras para urocultivos en pacientes con sonda vesical, cambio de sondas vesicales, frotis vaginales y uretrales, cultivos rectovaginales en gestantes, lavados de oído, aplicación de anticonceptivos inyectables de aplicación mensual, citologías convencionales y toma de muestras para pruebas de VPH. También elaboré las notas de enfermería correspondientes a los procedimientos realizados, dejando registro de las actividades efectuadas y de la atención brindada a los pacientes. En cada actividad apliqué las medidas de bioseguridad y los protocolos establecidos, fortaleciendo mis conocimientos y habilidades prácticas en el área.
Evidencia:

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
 

2) Recepción, verificación y orientación del paciente para la realización de procedimientos de enfermería.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Durante el mes de septiembre realicé la recepción de los pacientes, verificando sus datos de identificación y la orden médica del procedimiento solicitado. Asimismo, orienté a los usuarios sobre las indicaciones previas a la atención, preparé los materiales e insumos necesarios y verifiqué que se contara con los elementos requeridos para cada procedimiento, garantizando el cumplimiento de las medidas de bioseguridad, la privacidad y una atención segura y humanizada.
Evidencia:  

3) Identificación, rotulación y registro de las muestras y procedimientos de enfermería.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En horas de la mañana recibía las órdenes de laboratorio remitidas al área de procedimientos, verificaba la información del paciente y realizaba la toma de las muestras solicitadas, entre ellas frotis vaginales, frotis uretrales, cultivos rectovaginales en gestantes y urocultivos. Posteriormente, efectuaba la debida rotulación de las muestras con los datos de identificación correspondientes, verificando que la información coincidiera con la orden y el paciente. Una vez recolectadas e identificadas, las muestras se remitían al área de laboratorio clínico para su procesamiento, siguiendo las indicaciones establecidas y las medidas de bioseguridad. Estas actividades permitían mantener una adecuada identificación y trazabilidad de las muestras, además de favorecer la coordinación entre los servicios de procedimientos y laboratorio clínico.
Evidencias:  

4) Preparación y ejecución de procedimientos asistenciales de enfermería.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En el desarrollo de mis actividades en el área de procedimientos, preparé los materiales e insumos necesarios para cada atención, verificando las órdenes médicas y los datos de identificación de los pacientes. Realicé curaciones y retiro de suturas, teniendo en cuenta las medidas de asepsia y antisepsia, así como cambios de sondas vesicales y lavados de oído, siguiendo las indicaciones correspondientes. Asimismo, realicé la aplicación de anticonceptivos inyectables de aplicación mensual, verificando la orden médica, el medicamento indicado y la vía de administración. También efectué electrocardiogramas y toma de muestras para urocultivos, frotis vaginales, frotis uretrales y cultivos rectovaginales en gestantes, procurando una adecuada preparación del paciente y el manejo correcto de las muestras. Estas actividades se desarrollaron siguiendo los protocolos institucionales y las medidas de bioseguridad, contribuyendo a la seguridad del paciente y al adecuado desarrollo de los procedimientos asistenciales.
Evidencias:

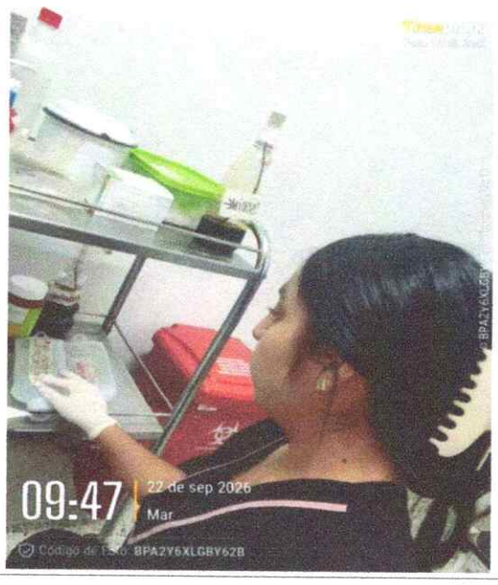
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
 

5) Informar, educar y orientar a los pacientes sobre los procedimientos de enfermería

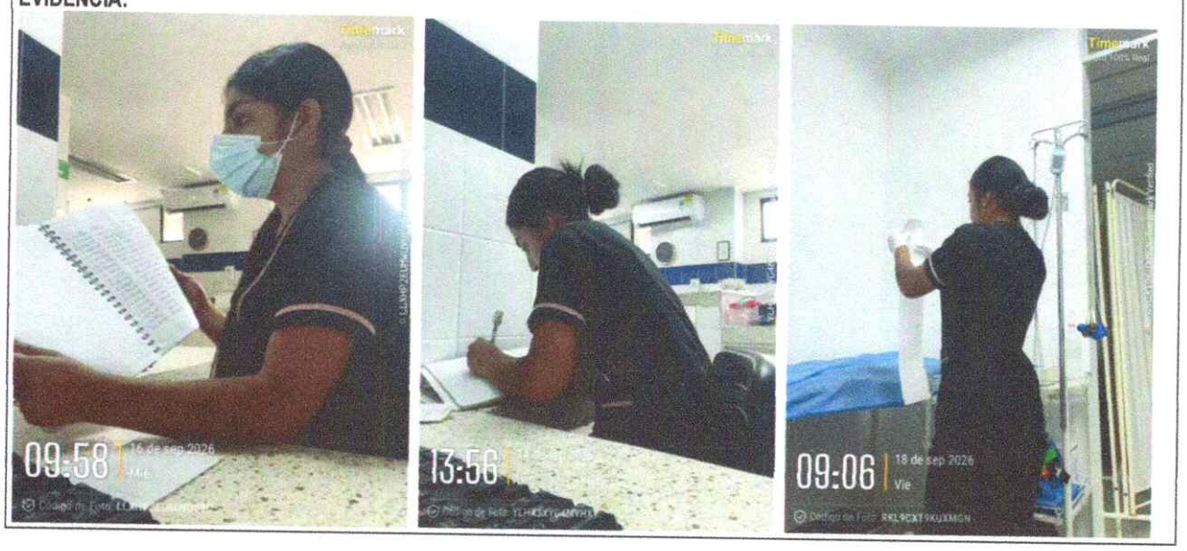
OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En el área de procedimientos brindé información y orientación a los pacientes sobre las indicaciones previas y posteriores a los procedimientos realizados, explicando los cuidados necesarios según cada caso. En las usuarias que asistían para citologías convencionales, realicé preguntas previas relacionadas con los antecedentes y aspectos necesarios para la toma del examen, además de explicar la importancia de reclamar los resultados en el tiempo indicado y asistir a consulta para su respectiva revisión. Asimismo, orienté a las usuarias sobre las pruebas de VPH y a los pacientes que asistían para curaciones, retiro de suturas y aplicación de anticonceptivos inyectables mensuales. Para la realización de electrocardiogramas, indiqué la importancia de permanecer en reposo y evitar movimientos durante el registro. También brindé educación a los pacientes con cambio de sonda vesical sobre la higiene genital, el cuidado de la sonda, la posición adecuada de la bolsa recolectora y la prevención de posibles complicaciones. Estas actividades contribuyeron a fortalecer el autocuidado y la continuidad de la atención en salud.
EVIDENCIA

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
 

6) Trabajo en equipo y coordinación para el desarrollo de las actividades del área de procedimientos de enfermería.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Mantuve una comunicación constante con las jefes, siguiendo sus indicaciones y recibiendo recomendaciones del personal de urgencias que contribuyeron al fortalecimiento de mis conocimientos y habilidades. Asimismo, realicé la preparación, limpieza y esterilización del instrumental utilizado en los diferentes procedimientos de enfermería, de acuerdo con los protocolos establecidos. También verifiqué la disponibilidad de materiales e insumos del área y elaboré los pedidos de los elementos faltantes para garantizar los recursos necesarios para la atención de los pacientes. Estas actividades favorecieron la organización del servicio y el adecuado funcionamiento del área de procedimientos.
EVIDENCIA:  

7) Registro, seguimiento y gestión de resultados de los procedimientos de enfermería.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
En horas de la tarde, de 2:00 p. m. a 4:00 p. m., realicé electrocardiogramas y elaboré las notas de enfermería correspondientes a los procedimientos efectuados durante la jornada de la mañana. Asimismo, me encargaba de entregar los resultados de exámenes de laboratorio a los pacientes que se habían realizado la toma de muestras el día anterior, verificando la identificación correspondiente antes de realizar la entrega. También revisaba la plataforma de seguimiento de las citologías cervicouterinas y pruebas de VPH para verificar los resultados reportados e identificar aquellos que presentaban hallazgos alterados. En estos casos, elaboraba la nota correspondiente, contactaba telefónicamente a la paciente y gestionaba la asignación de una cita para su valoración médica. Estas actividades contribuían al seguimiento oportuno de los resultados, al registro de la atención y a la continuidad de los servicios de salud.
EVIDENCIA: 

8) Organizar y mantener el área de procedimientos de enfermería.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Al finalizar las actividades asistenciales, me encargaba de organizar el área de procedimientos, realizar la limpieza y desinfección de las superficies utilizadas de trabajo y la camilla. Asimismo, limpiaba los equipos de electrocardiografía y preparaba las chupas o electrodos, aplicándoles gel conductor para dejarlos listos para su uso en la siguiente jornada. También realizaba el cambio de sábanas de la camilla, garantizando condiciones adecuadas de higiene y comodidad para los pacientes. De igual manera, organizaba los materiales e insumos utilizados en los procedimientos, como gasas, guantes, apósitos, jeringas y demás elementos necesarios para la atención, dejándolos debidamente ubicados y disponibles para el día siguiente. Además, recogía y clasificaba los residuos generados de acuerdo con las normas de bioseguridad y dejaba el instrumental utilizado dispuesto para su correspondiente proceso de limpieza y esterilización. Estas actividades contribuían a mantener el área limpia, organizada y preparada para brindar una atención segura y oportuna a los pacientes.
EVIDENCIA:

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS



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:		**NUEVA EPS**										
ARL:		**COLMENA SEGUROS**				**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**										
		Aporte a salud			**Aporte a pensión**			**Aporte a ARL (solo aplica para Nivel Riesgo I,II y III)**			**Número de Referencia de planilla (s)**	
JUNIO	$1.750.905	$219.400			$280.900			$42.800			4657580216	
JULIO	$1.750.905	$218.900			$280.200			$42.700			4660763836	
AGOSTO	$1.750.905	$219.100			$280.500			$42.800			4665402564	
SEPTIEMBRE	$1.750.905	$219.600			$281.000			$42.900			4668802245	
OCTUBRE	$1.750.905	$29.200			$37.400			$5.700			4668631564	
Totales	**0**	**$906.200**			**$1.160.000**			**$176.900**				

VERIFICACIÓN – EJECUCIÓN FINANCIERA					
INFORMACIÓN BANCARIA					
Cuenta Bancaria No.	912-837851-01	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de cuenta	AHORROS
FACTURACIÓN (aplica solo para régimen común)					
CUENTA DE COBRO No. 4					

AFECTACIÓN REGISTROS PRESUPUESTALES		
Número de registro presupuestal	**Rubro**	**Valor**
20260370	AUXILIAR DE LABORATORIO	15.500.000

TOTAL	
ITEM	**VALOR EN PESOS**
Valor Inicial del contrato	$3.100.000
Valor Adiciones o reducciones	$0
Valor Total del contrato	$15.500.000
Valor pagado	$0
Valor a pagar	$3.100.000
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. 2026-114 certifico que el/la contratista STEFANNY CHASQUI SUSATAMA 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 cien mil pesos M/CTE, ($3.100.000)

Yani Lorena Robles Ramírez
Supervisora de contrato
Sub-diretora Científica

Proyectó y Elaboro: Yani Lorena Robles Ramírez - Supervisora
Revisó: Mario Fernando Echeverry – 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	STEFANNY CHASQUI SUSATAMA	**Estado Proceso**	Pendiente de Respuesta
Nº Proceso de Pago	55837779		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 05500124****2309		
Fecha de Creacion	20/10/2026	**Fecha de Pago**	20/10/2026 09:06
Total de Registros	1	**Monto Total**	$ 3.069.000,00
Registros Ingresados	1	**Monto Ingresado**	$ 3.069.000,00

Detalle de Pagos

Nit Destino	Nombre Destino	Referencia	Tipo Producto o Servicio Destino	Producto o Servicio Destino	Entidad Destino	Valor	Estado	Motivo Rechazo
1002855512	STEFANNY CHASQUI SUSATAMA	0000008903091156	Ahorros	91283785101	BANCOLOMBIA	$ 3.069.000,00	Pendiente de Respuesta	

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

STEFANNY CHASQUI SUSATAMA C.C. 1,002,855,512

CTA DE AHORROS BANCOLOMBIA No. 912 83785101

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
19/10/2026	DSH-1590	$ 3.100.000	——	$ 3.100.000	$ 31.000					$ 3.069.000
TOTAL		$ 3.100.000	$ -	$ 3.100.000	$ 31.000	$ -	$ -	$ -	$ -	$ 3.069.000