# EL SUB-GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

## HACE CONSTAR

Qué el contratista **LUIS IGNACIO CASTILLO PEREZ.** Con cedula de ciudadanía No. 88.264.373 de Cúcuta (N de S), Representante Legal de CASTI-TONER& SUMINISTROS, con NIT 88264373-5 viene cumpliendo con el objeto del contrato CD 0376-2026, RECIBIR EN ALQUILER Y/O ARRIENDO EQUIPO DE SISTEMAS (IMPRESORAS Y ESCÀNERES) Y COMPRA DE REPUESTOS E INSUMOS DE TÒNER REMANUFACTURADOS Y/O GENÈRICOS Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE IMPRESORAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL, durante el periodo comprendido según acta de inicio del treinta (30) de abril de 2026.

Se expide en Chinácota Norte de Santander a los once (11) días del mes de mayo de 2026, para efectos del primer pago del contrato CD-0376-2026

**FRANKLYN OMAR CAÑAS MENDOZA**
Subgerente

Franklyn Omar Cañas M.
SUB GERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

**Elaboro:** Angela Puerto-secretaria.



*Carrera 3 Calle 10 Esquina, Barrio El Dique, Chinácota – Norte de Santander*
*PBX +57 607 5864120 | Email: secretaria@esesuroriental.gov.co*
*www.esesuroriental.gov.co*

**INFORME DE SUPERVISIÓN**

| | |
|---|---|
| **NUMERO DE CONTRATO** | CD 0376-2026 |
| **CONTRATISTA** | **LUIS IGNACIO CASTILLO PEREZ**. Con cedula de ciudadanía No. 88.264.373 de Cúcuta (N de S), R.L. CASTI-TONER& SUMINISTROS, con NIT 88264373-5 |
| **OBJETO** | RECIBIR EN ALQUILER Y/O ARRIENDO EQUIPO DE SISTEMAS (IMPRESORAS Y ESCÀNERES) Y COMPRA DE REPUESTOS E INSUMOS DE TÒNER REMANUFACTURADOS Y/O GENÈRICOS Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE IMPRESORAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL, |
| **CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL |

Con base a la factura electrónica de venta No. **CTFE-115** con fecha cuatro (04) de mayo de 2026 por valor en letras de VEINTE MILLONES CIENTO ONCE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE ($20.111.952.00), presentado por **LUIS IGNACIO CASTILLO PEREZ**. Con cedula de ciudadanía No. 88.264.373 de Cúcuta (N de S), como Representante Legal de CASTI-TONER& SUMINISTROS, con NIT 88264373-5 con respecto a la actividad ejecutada y como parte de la constancia para acceder a recursos financieros aportados por parte de la ESE Hospital Regional Sur Oriental.

De acuerdo con las condiciones establecidas en el presente contrato, la factura electrónica presentada por el proveedor y revisadas por los apoyos al contrato, con sus respectivas constancias: Constancia del líder de almacén de la E.S.E HRSO

**CERTIFICO**

Que, según el objeto del contrato, el contratista **LUIS IGNACIO CASTILLO PEREZ**. Con cedula de ciudadanía No. 88.264.373 de Cúcuta (N de S), Representante Legal de CASTI-TONER& SUMINISTROS, con NIT 88264373-5 y según registros en comprobantes de entrada de almacén de la ESE HRSO, con sus respectivos avales de (ejecución y aprobación), con relación al desarrollo y ejecución del contrato, el proveedor **LUIS IGNACIO CASTILLO PEREZ**. Con cedula de ciudadanía No. 88.264.373 de Cúcuta (N de S), Representante Legal de CASTI-TONER& SUMINISTROS, con NIT 88264373-5, viene cumpliendo con el objeto del contrato PRESTACION DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A TODO COSTO DE LAS IMPRESORAS PROPIEDAD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

Se anexa factura electrónica **CTFE-115** con fecha cuatro (04) de mayo de 2026, planilla de seguridad social 6012444133 mes de abril, certificación bancaria, certificación pago de aportes a la seguridad social tarjeta profesional del contador, Rut.

Se expide en Chinácota a los once (11) días del mes de mayo de 2026.

**FRANKLYN OMAR CANAS MENDOZA**
Subgerente

Franklyn Omar Canas M
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

**Elaboro:** Angela Puerto-secretaria.

## EL AREA DE ALMACEN DE LA E. S. E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

## H A C E  C O N S T A R:

Que se recibieron insumos de consumo por parte de LUIS IGNACIO CASTILLO PÉREZ, con cédula de ciudadanía No. 88.264.373 de Cúcuta (N de S), Representante Legal de CASTI.TONER & SUMINISTROS, con NIT N' 88264373 – 5, cumpliendo con el objeto del contrato CD-0376-2026 RECIBIR EN ALQUILER Y/O ARRIENDO EQUIPOS DE SISTEMAS (IMPRESORAS Y ESCÁNERES) Y COMPRA DE REPUESTOS E INSUMOS DE TÓNER REMANUFACTURADOS Y/O GENÉRICOS, Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE IMPRESORAS DE LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL, según facturas ctfe-115, cumpliendo con las especificaciones técnicas. Comprobantes de entrada N° EA 0000047.

Se expide en Chinácota Norte de Santander a los once (11) días del mes de mayo del dos mil veintiséis (2026) a solicitud del interesado.

**CEYLA ALICIA ESCALANTE ANAYA**
**Almacén - Contratista**
**E.S.E HRSO**

Recibido 11/05/2026

Franklyn Omar Canas Ti
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

**E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL**

**COMPROBANTE DE ENTRADA DE ELEMENTOS A ALMACEN Nº: EA 0000047**

**11/05/2026**

| | | | |
|---|---|---|---|
| COMPRADO A | : LUIS IGNACIO CASTILLO PEREZ | NIT | : 88264373-5 |
| CON DESTINO A | : BODEGA | | |
| FACTURA No | : CTFE-115 | FECHA | : 04/05/2026 |
| ORDEN COMPRA | : CD-0376-2026 | FECHA | : 04/05/2026 |

MODALIDAD : RECIBIR EN ALQUILER Y/O ARRIENDO EQUIPOS DE SISTEMAS (IMPRESORAS Y ESCÁNERES) Y COMPRA DE REPUESTOS E INSUMOS DE TÓNER REMANUFACTURADOS Y/O GENÉRICOS, Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE IMPRESORAS DE LA E.

RESUMEN :

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | UNIDAD | IVA | CANTIDAD | VR. UNIDAD | VR. PARCIAL | BOD. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **151490.02** | **Otros Materiales y Suministros** | | | | | | |
| 2218-01 | TONER REMANUFACURADOS 226A 55A | unidad | 19.0% | 42.00 | 193,200.00 | 8,114,400.00 | 00 |
| 2218-02 | TONER REMANUFACTURADO REF 05A 78A | unidad | 19.0% | 92.00 | 79,200.00 | 7,286,400.00 | 00 |
| CTFE-115 | TONER W1510X CON CHIP | unidad | 19.0% | 6.00 | 250,000.00 | 1,500,000.00 | 00 |
| | | | | | **522,400.00** | **16,900,800.00** | |

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL** | 16,900,800.00 |
| **IVA** | 3,211,152.00 |
| **TOTAL FACTURA** | 20,111,952.00 |
| **DESCUENTOS** | 0.00 |
| **TOTAL** | 20,111,952.00 |

**SON:** VEINTE MILLONES CIENTO ONCE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS.

**CEYLA ALICIA ESCALANTE ANAYA**
Almacenista

Franklyn Omar Cañas Ti
SUB GERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

**ELABORO ALMACEN1**

| ACTA DE INICIO | |
|---|---|
| **CONTRATO No.** | **No. CD 0376-2026** |
| **FECHA DEL CONTRATO:** | VEINTINUEVE (29) DE ABRIL DE 2026 |
| **CONTRATISTA:** | **LUIS IGNACIO CASTILLO PÉREZ**, con cédula de ciudadanía No. 88.264.373 de Cúcuta (N de S), Representante Legal de **CASTI-TONER & SUMINISTROS**, con NIT N° 88264373 – 5 |
| **OBJETO:** | RECIBIR EN ALQUILER Y/O ARRIENDO EQUIPOS DE SISTEMAS (IMPRESORAS Y ESCÁNERES) Y COMPRA DE REPUESTOS E INSUMOS DE TÓNER REMANUFACTURADOS Y/O GENÉRICOS, Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE IMPRESORAS DE LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL. |
| **FECHA DE INICIO:** | TREINTA (30) DE ABRIL DE 2026 |
| **TERMINO CONTRATO:** | VEINTINUEVE (29) DE JULIO DE 2026 |
| **VALOR DEL CONTRATO:** | CUARENTA Y CINCO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($ 45.358.848) |
| **SUPERVISOR:** | SUBGERENTE O QUIEN HAGA SUS VECES |
| **APOYO A LA SUPERVISIÓN:** | APOYO DEL ADMINISTRADOR DE ALMACÉN DE ESE HRSO |

En las instalaciones de la gerencia de la E.S.E. HRSO se reunieron las siguientes personas: en calidad de contratante **KATHERINE CALABRO GALVIS**, Gerente de la E.S.E. HRSO, en calidad de contratista el señor **LUIS IGNACIO CASTILLO PÉREZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 88.264.373 de Cúcuta (N de S), represéntate legal de **CASTI-TONER & SUMINISTROS** con Nit. 88264373 – 5 y **FRANKLYN OMAR CAÑAS MENDOZA**, como supervisor con apoyo del Administrador del Almacén señor **LUIS IGNACIO MUÑOZ CONTRERAS**, con el fin de iniciar con la ejecución del contrato **CD No. 0376-2026.**

Dado en Chinácota, a los treinta (30) días del mes de abril de 2026.

**EL CONTRATANTE,**

**KATHERINE CALABRO GALVIS**
Gerente ESE HRSO

**EL CONTRATISTA,**

**LUIS IGNACIO CASTILLO PÉREZ**
R.L CASTI-TONER & SUMINISTROS

**FRANKLYN OMAR CAÑAS MENDOZA**
Supervisor ESE HRSO

Franklyn Omar Cañas M.
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

| | |
|---|---|
| Elaboró: CAROLINA MENDOZA FERRER. | Apoyo a Contratación |
| Revisó: JOHN ROBINSSON IBÁÑEZ NAVARRO | Asesor Jurídico - Externo |
| Aprobó: KATHERINE CALABRO GALVIS | Gerente |

**E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL**
**NIT : 807008827-8**

# REGISTRO PRESUPUESTAL No. 00 000898

FECHA : 30/04/2026
A FAVOR DE : LUIS IGNACIO CASTILLO PEREZ NIT: 88264373-5
COMPROMISO : RECIBIR EN ALQUILER Y/O ARRIENDO EQUIPOS DE SISTEMAS (IMPRESORAS Y ESCANERES) Y COMPRA DE REPUESTOS E INSUMOS DE TONER REMANUFACTURADOS Y/O GENERICOS, Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE IMPRESORAS DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL.
DISPONIBILIDAD : 00 000892 -- 23/04/2026
DEPENDENCIA : GERENCIA
N°. CONTRATO : CD 0376-2026
TIPO CONTRATO : 006 - CONTRATO DE SUMINISTRO

CON CARGO A LOS SIGUIENTES RUBROS:

| RUBROS | DESCRIPCIÓN | DISPONIBILIDAD | VALOR |
|---|---|---|---|
| 00A -2.1.2.02.02.007.03 | Arrendamiento de Impresoras | 000892 - 23/04/2026 | 15,602,860.00 |
| 00A -2.4.5.01.03.02.01 | Papeleria y Útiles de Oficina Vig. Actual | 000892 - 23/04/2026 | 20,111,952.00 |
| 01A -2.1.2.02.02.007.03 | Arrendamiento de Impresoras | 000892 - 23/04/2026 | 1,602,860.00 |
| 02A -2.1.2.02.02.007.03 | Arrendamiento de Impresoras | 000892 - 23/04/2026 | 1,602,860.00 |
| 04A -2.1.2.02.02.007.03 | Arrendamiento de Impresoras | 000892 - 23/04/2026 | 440,716.00 |
| 03A -2.4.5.02.08.01.01.01 | Mantenimiento Hospitalario HRSO Vig. Actual | 000892 - 23/04/2026 | 5,997,600.00 |
| | | **TOTALES** | **45,358,848.00** |

VIGENCIA : 2026
VALOR : CUARENTA Y CINCO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS.

**JESSICA JOHANNA MURILLO PEÑA**
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

SUPERVISOR
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

**LUIS IGNACIO CASTILLO PEREZ**
**NIT 88264373-5**
**Responsable de iva**
**Persona Natural-Régimen simple de tributación**
**Favor abstenerce de praticar retención en la fuente a título de renta o ind. y cio**

**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA**
**CTFE-115**
**FECHA: 04/05/2026 17:04:02**
**FEC. VENCE: 03/06/2026**
**VAL. DIAN:**
**04/05/2026 05:20:00**
**FORMA PAGO: CREDITO-30 días.**

**Facturado por: LUIS IGNACIO CASTILLO PEREZ**
**CUFE: 1c7b4ad42256c6a8e41a3ddc33419c63d55832b75ec52f5c5f82755cdc80c49efa5f7ceece19dd090c6197e1c1bca9c1**

**Cliente**

**Razón social/Nombre:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL SURORIENTAL
**Dirección:** CR 3 CL 10 ESQ BRR EL DIQUE - Chinacota
**Ciudad:** Chinacota
**Establecimiento:** 0
**NIT:** 807008827-8
**Teléfonos:**
**Email:** SURORIENTAL@GMAIL.COM
**Vendedor:** LUIS IGNACIO CASTILLO PEREZ

| # | Código | Ref. | Cant. | Und. | Descripción | Vr. Unit. | % Dcto. | % Imp. | Vr. Parcial |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HRN11 | | 6 | UND | TONER LASER GENERICO O REMANUFACTURADO W1510X CON CHIP | 250,000.00 | 0 | 19 | 1,500,000.00 |
| 2 | HRN07 | | 92 | UND | TONER LASER GENERICO O REMANUFACTURADO CE285A-278A-CB435A-436A | 79,200.00 | 0 | 19 | 7,286,400.00 |
| 3 | HRN04 | | 42 | UND | TONER LASER GENERICO O REMANUFACTURADO CF 226 A/X | 193,200.00 | 0 | 19 | 8,114,400.00 |

**Total items:** 3

| IVA (%) | Base Gravada | IVA |
|---|---|---|
| 19.00 | 16,900,800.00 | 3,211,152.00 |

| Totales: | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 16,900,800.00 |
| **Total Descuento:** | 0.00 |
| **Total Base Imponible:** | 16,900,800.00 |
| **Total Retenciones:** | 0.00 |
| **Total otros descuentos:** | 0.00 |
| **INC:** | 0.00 |
| **IVA:** | 3,211,152.00 |
| **VALOR NETO:** | **20,111,952.00** |

**MONTO EN LETRAS:** VEINTE MILLONES CIENTO ONCE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS CON CERO CENTAVOS

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Resolución de autorización DIAN N° 18764105156495 Con prefijo CTFE desde 1 HASTA 5000 con vigencia desde 28/01/2026 hasta 28/01/2028

Franklyn Omar Canas M
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

casti-toner@hotmail.com - CEL. 3103011828
Cúcuta, Norte de Santander

**LUIS IGNACIO CASTILLO PEREZ**
**NIT 88264373-5**
**Responsable de iva**
**Persona Natural-Régimen simple de tributación**
**Favor abstenerce de praticar retención en la fuente a título de renta o ind. y cio**

**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA**
**CTFE-115**
**FECHA: 04/05/2026 17:04:02**
**FEC. VENCE: 03/06/2026**
**VAL. DIAN:**
**04/05/2026 05:20:00**
**FORMA PAGO: CREDITO-30 días.**

**Facturado por: LUIS IGNACIO CASTILLO PEREZ**
**CUFE: 1c7b4ad42256c6a8e41a3ddc33419c63d65832b75ec52f5c5f82755cdc80c49efa5f7ceece19dd090c6197e1c1bca9c1**

## Cliente

**Razón social/Nombre:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL SURORIENTAL
**Dirección:** CR 3 CL 10 ESQ BRR EL DIQUE - Chinacota
**Ciudad:** Chinacota
**Establecimiento:** 0
**NIT:** 807008827-8
**Teléfonos:**
**Email:** SURORIENTAL@GMAIL.COM
**Vendedor:** LUIS IGNACIO CASTILLO PEREZ

| # | Código | Ref. | Cant. | Und. | Descripción | Vr. Unit. | % Dcto. | % Imp. | Vr. Parcial |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HRN11 | | 6 | UND | TONER LASER GENERICO O REMANUFACTURADO W1510X CON CHIP | 250,000.00 | 0 | 19 | 1,500,000.00 |
| 2 | HRN07 | | 92 | UND | TONER LASER GENERICO O REMANUFACTURADO CE285A-278A-CB435A-436A | 79,200.00 | 0 | 19 | 7,286,400.00 |
| 3 | HRN04 | | 42 | UND | TONER LASER GENERICO O REMANUFACTURADO CF 226 A/X | 193,200.00 | 0 | 19 | 8,114,400.00 |

**Total items: 3**

| IVA (%) | Base Gravada | IVA |
|---|---|---|
| 19.00 | 16,900,800.00 | 3,211,152.00 |

| Totales: | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 16,900,800.00 |
| **Total Descuento:** | 0.00 |
| **Total Base Imponible:** | 16,900,800.00 |
| **Total Retenciones:** | 0.00 |
| **Total otros descuentos:** | 0.00 |
| **INC:** | 0.00 |
| **IVA:** | 3,211,152.00 |
| **VALOR NETO:** | **20,111,952.00** |

**MONTO EN LETRAS:** VEINTE MILLONES CIENTO ONCE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS CON CERO CENTAVOS

## INFORMACIÓN ADICIONAL

Resolución de autorización DIAN N° 18764105156495 Con prefijo CTFE desde 1 HASTA 5000 con vigencia desde 28/01/2026 hasta 28/01/2028

Franklyn Omar Cañas H.
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

CAB13A97685307E8

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JOSE ALFREDO BUSTOS ECHAVARRIA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1093738341 de LOS PATIOS (N. DE SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 233548-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** **********
**********
**********

Dado en BOGOTA a los 1 días del mes de Abril de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

Franklin Omar Canas T.
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

*JOSE ALFREDO BUSTOS ECHAVARRIA*
**Contador Público**



Identificación Plástica S.A. 170014/0117

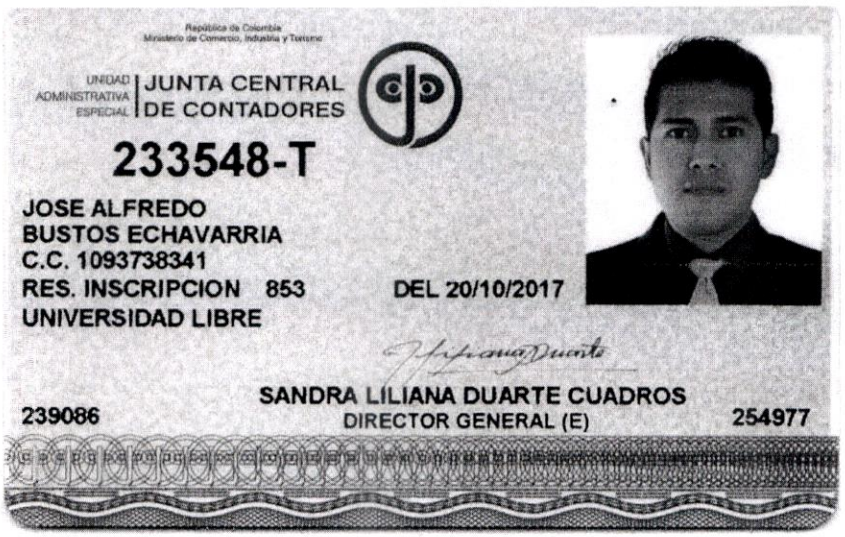
República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 6444450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Calle 96 No. 9 A – 21 Bogotá D.C

FIRMA



República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

**233548-T**

**JOSE ALFREDO**
**BUSTOS ECHAVARRIA**
**C.C. 1093738341**
**RES. INSCRIPCION 853** **DEL 20/10/2017**
**UNIVERSIDAD LIBRE**

**SANDRA LILIANA DUARTE CUADROS**
**DIRECTOR GENERAL (E)**

**239086** **254977**

Carrera 92 #8A-76, Conjunto Residencial Coruña Reservado, Torre 6, Apto 724 – Bogotá DC
Móvil: 311 874 5503, E-mail: jose.bustos@audifyc.com

San José de Cúcuta, 05 de mayo de 2026

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, el comerciante y el contador público, se permiten certificar que:

**CASTILLO PEREZ LUIS IGNACIO**
**882643735**

Ha realizado los pagos de seguridad social correspondientes a su calidad de Trabajador Independiente por Cuenta Propia, en los términos del artículo 89 de la Ley 2277 de 2022 y atendiendo el procedimiento del artículo 3.2.7.5. del Decreto 1601 de 2022, para lo cual al **Total de Ingresos Brutos Mensual por $58,440,243** de sus actividades económicas se les ha descontado los costos asociados a dichas actividades económicas, en los términos establecidos en el artículo 107 y siguientes del Estatuto Tributario. Por lo anterior para determinar el pago de seguridad social por el mes de **ABRIL DE 2026** se calculó así:

| | |
|---|---|
| Su IBC calculado es* (Ingresos - Costos) x 40% | $6,400,000 |
| Costos asociados | $42,440,243 |
| Salud (12,5 %) | $800,000 |
| Pensión (16,0 %) | $1,024,000 |
| Fondo Solid. Pensional | $0 |
| ARL Voluntario | $155,904 |
| CCF Voluntario (0%) | $0 |
| **Total a pagar** | **$1,979,904** |

***Esta certificación se presenta bajo la gravedad del juramento, entendiendo las implicaciones legales que esto conlleva***

JOSE ALFREDO BUSTOS ECHAVARRIA

Firmado digitalmente por JOSE ALFREDO BUSTOS ECHAVARRIA
Fecha: 2026.05.05 16:32:02 -05'00'

**JOSE ALFREDO BUSTOS ECHAVARRIA**
CONTADOR PÚBLICO
T.P. No. **233548-T**

Franklyn Omar Cañas R.
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTE

**LUIS IGNACIO CASTILLO PEREZ**
COMERCIANTE
DOC. IDENTIDAD NO. **88264373-5**

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.093.738.341

BUSTOS ECHAVARRIA

APELLIDOS

JOSE ALFREDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-1986

CUCUTA

(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.79 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

24-ENE-2005 LOS PATIOS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2505400-55140041-M-1093738341-20050729 05680 05210A 02 188670580

Franklyn Javier Canas T.

SUBDIRENTE

E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 88264373 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUIS IGNACIO CASTILLO PEREZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CUCUTA | DEPARTAMENTO: | NORTE DE SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CALLE 9AN #3A-76 EL BOSQUE | TELÉFONO: | 5782913 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6012444133** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: abril | PERIODO COTIZACIÓN | | MES: | abril |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2026 | SALUD: | | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/04/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 212039699 | |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 1.024.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 1.024.000** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9001562642 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 800.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 800.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002261753 | 14-25 | 14-25-COLMENA | 1 | $ 156.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 156.000** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 1.980.000** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 1.980.000** |

Franklyn Omar Cañas [illegible]
SUB[illegible]ENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTE

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 88264373 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | LUIS IGNACIO CASTILLO PEREZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CUCUTA | DEPARTAMENTO: | NORTE DE SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CALLE SAN #3A-79 EL BOSQUE | TELÉFONO: | 5782913 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | | 60124441133 | TIPO DE PLANILLA: | | | | INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | abril | AÑO | 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | abril | AÑO | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | | 2026/04/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | 212039699 |

### 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 | $ 1.024.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.024.000 | $ 0 | $ 1.024.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 1.024.000** | **$ 0** | **$ 1.024.000** |

### 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 | $ 800.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 800.000 | $ 0 | $ 0 | $ 800.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 800.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 800.000** |

### 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 | $ 156.000 | $ 156.000 | $ 0 | $ 0 | $ 156.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 156.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 156.000** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | RESIDENTE | IGE | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | | ARP | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINCULT |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT. | IBC | ADMIN | TOTAL APORTES | TOTAL APORTES | TOTAL APORTES | TOTAL APORTES | TOTAL APORTES |
| 1 | CC 88264373 | CASTILLO PEREZ LUIS IGNACIO | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 6.400.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 6.400.000 | $ 1.024.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 1.024.000 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 6.400.000 | $ 800.000 | $ 0 | $ 800.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 6.400.000 | $ 88264373 | $ 156.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 1.980.000**

Planilla Pagada



Franklyn Oscar Canas T.
SUB GERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

# Certificación
## Bancaria

Lunes, 02 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LUIS IGNACIO CASTILLO PEREZ identificado(a) con CC 88264373, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Cuenta Ahorros | 61745334509 | 2004-06-17 | ACTIVO | ***** |

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Franklin Omar Correa V.
SUB[illegible]NTE
E.S.E. HOSPITAL [illegible]

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141220781047

(415)7707212489984(8020) 000014122078104 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 8 2 6 4 3 7 3 | 5 | Impuestos de Cúcuta 7 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación |
|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 8 8 2 6 4 3 7 3 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Norte de Santander 5 4 | Cúcuta 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CASTILLO | PEREZ | LUIS | IGNACIO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| CASTI-TONER & SUMINISTROS | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Norte de Santander 5 4 | Cúcuta 0 0 1 |

41. Dirección principal: AV 0 11 72 LC 205 CC GRAN BULEVAR BRR CENTRO CUCUTA

42. Correo electrónico: casti-toner@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 0 3 0 1 1 8 2 8 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 4 6 5 1 | 2 0 0 7 1 1 2 7 | 7 7 3 0 | 2 0 1 7 0 7 0 6 | 9 5 1 1 | 4 7 5 4 | 1 3 1 4 | 2 |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 1 0 | 3 3 | 4 2 | 4 7 | 4 8 | 5 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

10- Obligado aduanero
33- Impuesto nacional al consumo
42- Obligado a llevar contabilidad
47 - Régimen Simple de Tributación - SIM
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código 2 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-11-14 / 09:31:53AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

Franklyn Omar Canas T.
SUBDIRENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

984. Nombre CASTILLO PEREZ LUIS IGNACIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 27-04-2026 04:25:31PM