

	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSIÓN	4
		FECHA DE APROBACIÓN	04/02/2025
		PÁGINA	1 de 3

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA N° 4

TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES (CPS)		
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.9069282 del 29 de enero de 2026		
CONTRATISTA:	JESUS ALBERTO CUASAPUD CUNDAR		
Nit o C.C. No.	1085914547		
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR VISITAS DE VIGILANCIA, INSPECCIÓN Y CONTROL PARA VERIFICAR LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ACCIONES DE CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE GARANTÍA DE CALIDAD ENMARcado DENTRO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA, PARA LA OPERACIONALIZACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD, MEDICAMENTOS Y EL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN SANTANDER		
VALOR INICIAL:	\$16,000,000.00		
VALOR ADICIONAL:	\$8,000,000.00		
VALOR TOTAL:	\$24,000,000.00		
ANTICIPO INICIAL:			
ANTICIPO ADICIONAL:			
ANTICIPO TOTAL:			
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:			
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:			
PLAZO INICIAL:	OCHENTA (80) - DÍAS CALENDARIO		
PLAZO ADICIONAL:	40 DÍAS CALENDARIO		
PLAZO TOTAL:	4 MESES		
SUPERVISOR:	YELITZA LILIBETH HERNANDEZ GONZALEZ		
Acto Administrativo de Supervisión:	24 DE FEBRERO DE 2026		
INTERVENTOR:			
Acto Administrativo de Interventoría:			
FECHA DE INICIACIÓN:	02 de febrero de 2026		
FECHA DE TERMINACIÓN:	21/04/2026		
SOLO PARA CONVENIOS:			
APORTE ENTIDAD (GOBERNACION):	\$0.00		
APORTE OTRAS ENTIDADES:	\$0.00		
VALOR TOTAL CONVENIO:	\$0.00		
ACTAS DE SUSPENSIÓN			
No.	1	Fecha:	17/04/2026
ACTAS DE REINICIO			
No.	1	Fecha:	13/05/2026
PRORROGAS:			
NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN		27/06/2026	
OFICINA GESTORA:		SECRETARÍA DE SALUD	
VALOR A PAGAR:	\$ 6,000,000.00	Cobros realizados: (incluyendo el actual)	N° 4 de 5

República de Colombia  Gobernación de Santander	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSIÓN	4
		FECHA DE APROBACIÓN	04/02/2025
		PÁGINA	2 de 3

Periodo de Pago:	Desde:	18/05/2026	Hasta:	17/06/2026
------------------	--------	------------	--------	------------

No. del RP:	26005053
Fuente del RP:	PARTICIPACIÓN POR EL CONSUMO DE LICORES DESTILADOS INTRODUCIDOS DE PRODUCCIÓN NACIONAL- SALUD (14% LEY 1816 DE 2016)

VALOR ACTA DE RECIBO PARCIAL / FINAL	N° 4	\$ 6,000,000.00
MENOS APOORTE DE (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%)		\$
MENOS AMORTIZACIÓN DE ANTICIPO XX%		0.00
VALOR POR PAGAR EN LA PRESENTE ACTA		\$ 6,000,000.00

OBSERVACIONES AL ACTA:	Se anexa observatorio con los registros del primer corte de la cuenta de Trámite de Expedición de Licencia, expedición de Licencia de Práctica Médica y Práctica Veterinaria Categoría II de las instituciones.
------------------------	---

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
1.	Elaborar Plan General de trabajo del periodo contractual y cronograma mensual informe, mensual y final que contenga las intervenciones realizadas. PRODUCTO: Un (01) cronograma mensual de visitas de verificación, Un (01) informe mensual de las actividades realizadas y un (01) Informe final de las actividades entregados al supervisor del contrato. (Documentos que se entregarán en medio físico y magnético de cada informe).	Se elaboró un PLAN GENERAL DE TRABAJO y un CRONOGRAMA MENSUAL DE ACTIVIDADES del mes de MAYO del AÑO 2026	Se anexa Plan general de trabajo y Cronograma de ejecución de actividades correspondiente al mes de MAYO del AÑO 2026
2.	Realizar las visitas de seguimiento al riesgo de acuerdo con la programación de visitas programado por la coordinación del Grupo Acreditación en Salud y SOGC a los prestadores de servicios de salud, empresas, veterinarias, prestadores de protección radiológica, de acuerdo a los requerimientos de la Resolución 482 de 2018 de los servicios de Rx para la expedición de la Licencia de protección Radiológica. PRODUCTO: Informe Técnico sobre las Visitas de Verificación de seguimiento al riesgo realizadas, relación de las licencias proyectadas y cuadro de seguimiento a los soportes documentales recibidos, registro fotográfico, memorias en físico	Desarrollo de Visitas con enfoque de riesgo de acuerdo a la programación correspondiente al mes de MAYO del AÑO 2026.	Se anexa: Actas de Visitas y formatos de Verificación de las visitas de seguimiento al riesgo Para La Expedición De Licencias De Práctica Médica y Práctica Veterinaria Categoría II de las instituciones: - ESE HOSPITAL REGIONAL DE VELEZ - FRANCONEIRA IPS - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL - LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA - APREHSI GROUP S.A.S - RVO IPS S.A.S - IDIME BUCARAMANGA - GOLD MEDIC CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO IPS SAS - INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME BARRANCABERMEJA
3.	Brindar asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud que lo soliciten en lo correspondiente a la normatividad relacionada con el SOGC de los prestadores de servicios de salud.	Brindar Asesorar a personas naturales y jurídicas que lo soliciten en lo correspondiente a la normatividad relacionada con la Resolución 482 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social	Se anexa planillas de asistencia técnica correspondiente al mes de MAYO del AÑO 2026

República de Colombia  Gobernación de Santander	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSIÓN	4
		FECHA DE APROBACIÓN	04/02/2025
		PÁGINA	3 de 3

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	PRODUCTO: Planillas de Asistencia Técnica realizada.		

NOTA: Inserte las filas necesarias de acuerdo a sus actividades contractuales.

ENTRADA DE ALMACEN – NO APLICA			
(Recuerde que todo contrato o convenio que incluya suministro de bienes debe tener el soporte de la entrada)			
Fecha:	dd-mm-aaaa	No. Entrada:	##
Valor:	\$000		
Observaciones:			

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y OBLIGACIONES TRIBUTARIAS: En calidad de Contratista declaro bajo la gravedad de juramento, que las planillas y soportes adjuntos, cargados en el Secop, corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, para gestionar el pago del periodo. (Recuerde que, las normas que regulan la retención en la fuente en materia tributaria y deducción de dichos aportes no han sido objeto de modificación, por lo tanto, si requiere bajar la base de retención en la fuente, las planillas deberán corresponder al periodo cobrado).

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 1	MES 2
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	MAYO DE 2026	No Aplica
	Fecha de pago	17/06/2026	No Aplica
	Nº de Planilla	9506365808	No Aplica
	Ingreso Base de Cotización	\$ 1,440,000	No Aplica
	Valor cotizado	\$180.800	No Aplica
	EPS	SURA EPS	No Aplica
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	MAYO DE 2026	No Aplica
	Fecha de pago	17/06/2026	No Aplica
	Nº de Planilla	9506365808	No Aplica
	Ingreso Base de Cotización	\$ 1,440,000	No Aplica
	Valor cotizado	\$231.500	No Aplica
	Fondo de Pensiones	COLPENSIONES	No Aplica
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	MAYO DE 2026	No Aplica
	Fecha de pago	17/06/2026	No Aplica
	Nº de Planilla	9506365808	No Aplica
	Ingreso Base de Cotización	\$ 1,440,000	No Aplica
	Valor cotizado	\$35.300	No Aplica
	A.R.L.	POSITIVA	No Aplica
PARAFISCALES	SENA	No Aplica	No Aplica
	I.C.B.F.	No Aplica	No Aplica
	Caja de Compensación	No Aplica	No Aplica
VALOR TOTAL PAGADO		\$447.600	\$0

Recuerde que si su planilla fue pagada fuera de los plazos establecidos los valores a registrar corresponden al total pagado incluyendo la mora.

Se firma para tramite de pago, a los 18 días del mes de junio de 2026



Firma del Contratista
NOMBRE: JESUS ALBERTO CUASAPUD CUNDAR
IDENTIFICACION No. 1085914547
CORREO: Jcuasapud@unal.edu.co
TELEFONO DE CONTACTO: 310-8167740

República de Colombia  Gobernación de Santander	FORMATO DE VERIFICACIÓN DE VISTA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA LA EXPEDICIÓN DE LICENCIAS DE PRACTICA MEDICA CATEGORIA II	CÓDIGO	MI-GS-RG-461
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/03/2026
		PÁGINA	1 de 1
Fecha: 01-06-2026		Hora: 9:40 am	
Departamento: Santander		Municipio: San Gil	
Razón Social: ESE Hospital Regional San Gil			
Dirección Carrera 5 # 9-102			
NIT/CC: 900066347-9		Código REPS: 6867990793-01	
Representante Legal: Horacio Breiling Buitrago Mateus			
Cedula: 91489606		Numero de Celular: 3502751889	
Oficial de Protección Radiológica: Joaquín Fernando González			
Cedula: 13746579		Numero de Celular: 3144776576	

Se procedió a realizar la visita de verificación de requisitos con enfoque de riesgo de la instalación, conforme lo establecido en el artículo 20 de la Resolución 1811 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO	ESTÁNDARES VERIFICADOS	CUMPLE		OBSERVACIÓN
		SI	NO	
20.1	Documento de identificación del titular	X		
20.2	Documento de identificación y curso de protección radiológica del OPR	X		
20.3	Informe de cálculo de blindajes de la instalación	X		
20.4	Informes de control de calidad de equipos	X		
20.5	Registros dosimétricos de último periodo	X		Ajustar.
20.6	Registro de los Valores Típicos para diagnostico	X		Ajustar.
20.7	Plano general de las instalaciones el cual debe contener: 20.7.1. Áreas de trabajo de la práctica, delimitando te zona controlada supervisada y áreas colindantes. 20.7.2. Listado de actividades que se realizarán en cada una de las áreas adyacentes a la sala. 20.7.3. Ubicación de ios equipos generadores de radiación ionizante. 20.7.4. Ruta de pacientes y público. 20.7.5. Señalización de las zonas, (trébol magenta sobre amarillo).	X		
20.8	Cursos de protección radiológica TOES.	X		
20.9	Descripción de elementos, sistemas y componentes en el que se describen las barreras de seguridad: - Sistemas de seguridad tecnológicos (Interruptores, actuadores eléctricos) - Alarmas o advertencias de seguridad (Visuales, auditivas, digitales) - Procedimiento de seguridad y emergencias	X		
20.10	Documentos de los EGRI - Permiso de comercialización - Procedimientos de mantenimiento de equipos	X		

	• Soporte de adquisición de equipos	x		
20.11	Pruebas iniciales y de caracterización	—		No Aplica.
20.12	Programa de Tecnovigilancia	x		Enviar documento actual
20.13	Programa de protección radiológica.	x		Enviar documento actual
20.13.1	Programa capacitación de protección Radiológico	x		
20.13.2	Sistema de Gestión de SS-T: • Cronograma de exámenes médicos ocupacionales • Vigilancia radiológica	x		Actualizar
20.13.3	Acciones correctivas en el caso de sobrepasar los niveles de investigación o intervención en la dosimetría personal.	x		
20.13.4	Restricciones de dosis para TOES	x		
20.13.5	Certificado de calibración de equipos usados en protección radiológica o control de calidad.	—		No aplica

EQUIPOS EMISORES DE RADIACIÓN IONIZANTE VERIFICADOS EN LA INSTALACIÓN

EQUIPO 1	Rx Portatil Convencional Fijo *			
Marca de Equipo	SG Health Care	Marca De Tubo	Canon	CARGA DE TRABAJO
Modelo de equipo	Jonung Geneva	Modelo De Tubo	E7252x	
Serie de equipo	SG20091655	Serie De Tubo	19M848	625
Tensión Máxima	150 KV	Corriente Máxima	630 mA	
Año de Fabricación	2020	Año De Fabricación	2019	

EQUIPO 1	Rx Portatil			
Marca de Equipo	DRGEM	Marca De Tubo	DRGEM	CARGA DE TRABAJO
Modelo de equipo	Topaz-40D	Modelo De Tubo	DXT-12M	
Serie de equipo	DRE2110001A	Serie De Tubo	M2105722	250
Tensión Máxima	125 KV	Corriente Máxima	500 mA	
Año de Fabricación	2021	Año De Fabricación	2021	

EQUIPO 3	Rx Convencional Fijo			
Marca de Equipo	Fuji film	Marca De Tubo	Canon	CARGA DE TRABAJO
Modelo de equipo	FDR SMART X	Modelo De Tubo	E7230X	
Serie de equipo	DXB1970231A	Serie De Tubo	19D281	1250
Tensión Máxima	125 KV	Corriente Máxima	300 mA	
Año de Fabricación	2019	Año De Fabricación	2019	

EQUIPO 4	Mamografo			
Marca de Equipo	General Electric	Marca De Tubo	GE	CARGA DE TRABAJO
Modelo de equipo	Senographe DMR	Modelo De Tubo	ZF000PMR	
Serie de equipo	2229051B	Serie De Tubo	36815BUC	
Tensión Máxima	49 KV	Corriente Máxima	600 mA	
Año de Fabricación	2008	Año De Fabricación		

EQUIPO 5				
Marca de Equipo	/	Marca De Tubo	/	

Modelo de equipo	/	Modelo De Tubo	/	CARGA DE TRABAJO
Serie de equipo	/	Serie De Tubo	/	
Tensión Máxima	/	Corriente Máxima	/	
Año de Fabricación	/	Año De Fabricación	/	

OBSERVACIONES GENERALES:

Cumple con los requisitos para otorgamiento de licencia

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente lista de chequeo firman los funcionarios que en ella intervinieron: Día 01 Mes 06 Año 2026

POR LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Nombre y apellidos:	Jesús Cuatrecasas	Nombre y apellidos:	
C.C:	1085914597	C.C:	
Cargo:	Asesor	Cargo:	
Firma:	[Firma]	Firma:	

POR LA INSTITUCIÓN

Nombre y apellidos:	Marta Vargas Q	Nombre y apellidos:	Oscar Andres Ruiz Tern
C.C:	1098627887	C.C:	1095831598
Cargo:	Subdirectora Científica	Cargo:	Coordinador
Firma:	[Firma]	Firma:	[Firma]

Nombre y apellidos:	Greys Delyado Arilano	Nombre y apellidos:	
C.C:	1101074838	C.C:	
Cargo:	Lider Calidad	Cargo:	
Firma:	Greys Delyado	Firma:	

SECRETARÍA DE SALUD - GRUPO DE ACREDITACIÓN EN SALUD Y SOGC

[illegible]



REGISTRO DE REUNIÓN

SECRETARÍA DE SALUD -- GRUPO DE ACREDITACIÓN EN SALUD Y SOGC

[illegible]

 <i>República de Colombia</i> <i>Gobernación de Santander</i>	FORMATO DE VERIFICACIÓN DE VISTA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA LA EXPEDICIÓN DE LICENCIAS DE PRACTICA MEDICA CATEGORIA II	CÓDIGO	MI-GS-RG-461
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/03/2026
		PÁGINA	1 de 1
Fecha: 09-06-2026		Hora: 2:00 pm	
Departamento: Santander		Municipio: Gold Sabana de T	
Razón Social: Gold Medic IPS			
Dirección: Carrera 9 # 14-123 Barrio Carvajal			
NIT/CC: 901340102-1		Código REPS: 6865570224-01	
Representante Legal: Goldy Carolina Aguirre Forero			
Cedula: 1047375163		Numero de Celular: 3185235825	
Oficial de Protección Radiológica: Goldy Carolina Aguirre.			
Cedula: 1047375163		Numero de Celular:	

Se procedió a realizar la visita de verificación de requisitos con enfoque de riesgo de la instalación, conforme lo establecido en el artículo 20 de la Resolución 1811 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO	ESTÁNDARES VERIFICADOS	CUMPLE		OBSERVACIÓN
		SI	NO	
20.1	Documento de Identificación del titular	X		
20.2	Documento de identificación y curso de protección radiológica del OPR	X		Actualizar curso.
20.3	Informe de cálculo de blindajes de la instalación	X		
20.4	Informes de control de calidad de equipos	X		
20.5	Registros dosimétricos de último periodo	X		
20.6	Registro de los Valores Típicos para diagnostico	X		
20.7	Plano general de las instalaciones el cual debe contener: 20.7.1. Áreas de trabajo de la práctica, delimitando te zona controlada supervisada y áreas colindantes. 20.7.2. Listado de actividades que se realizarán en cada una de las áreas adyacentes a la sala. 20.7.3. Ubicación de ios equipos generadores de radiación ionizante. 20.7.4. Ruta de pacientes y público. 20.7.5. Señalización de las zonas, (trébol magenta sobre amarillo).	X		Ajustar.
20.8	Cursos de protección radiológica TOES.	X		Actualizar.
20.9	Descripción de elementos, sistemas y componentes en el que se describen las barreras de seguridad: - Sistemas de seguridad tecnológicos (Interruptores, actuadores eléctricos) - Alarmas o advertencias de seguridad (Visuales, auditivas, digitales) - Procedimiento de seguridad y emergencias	X		
20.10	Documentos de los EGRI - Permiso de comercialización - Procedimientos de mantenimiento de equipos	X		

	• Soporte de adquisición de equipos	X		
20.11	Pruebas iniciales y de caracterización	X		
20.12	Programa de Tecnovigilancia	X		
20.13	Programa de protección radiológica.	X		
20.13.1	Programa capacitación de protección Radiológico	X		
20.13.2	Sistema de Gestión de SS-T: • Cronograma de exámenes médicos ocupacionales • Vigilancia radiológica		X	Pendiente implementar programa de vigilancia radiológica.
20.13.3	Acciones correctivas en el caso de sobrepasar los niveles de investigación o intervención en la dosimetría personal.		X	
20.13.4	Restricciones de dosis para TOES		X	
20.13.5	Certificado de calibración de equipos usados en protección radiológica o control de calidad.	—		No Aplica

EQUIPOS EMISORES DE RADIACIÓN IONIZANTE VERIFICADOS EN LA INSTALACIÓN

EQUIPO 1		Rx Convencional		
Marca de Equipo	RTR Medical	Marca De Tubo	Shenzhen	CARGA DE TRABAJO 104.
Modelo de equipo	C-10	Modelo De Tubo	MX1301	
Serie de equipo	175	Serie De Tubo	250119	
Tensión Máxima	150 kV	Corriente Máxima	250mA	
Año de Fabricación	2025	Año De Fabricación	2025	

EQUIPO 1				
Marca de Equipo		Marca De Tubo		CARGA DE TRABAJO
Modelo de equipo		Modelo De Tubo		
Serie de equipo		Serie De Tubo		
Tensión Máxima		Corriente Máxima		
Año de Fabricación		Año De Fabricación		

EQUIPO 3				
Marca de Equipo		Marca De Tubo		CARGA DE TRABAJO
Modelo de equipo		Modelo De Tubo		
Serie de equipo		Serie De Tubo		
Tensión Máxima		Corriente Máxima		
Año de Fabricación		Año De Fabricación		

EQUIPO 4				
Marca de Equipo		Marca De Tubo		CARGA DE TRABAJO
Modelo de equipo		Modelo De Tubo		
Serie de equipo		Serie De Tubo		
Tensión Máxima		Corriente Máxima		
Año de Fabricación		Año De Fabricación		

EQUIPO 5				
Marca de Equipo		Marca De Tubo		

Modelo de equipo		Modelo De Tubo		CARGA DE TRABAJO
Serie de equipo		Serie De Tubo		
Tensión Máxima		Corriente Máxima		
Año de Fabricación		Año De Fabricación		

OBSERVACIONES GENERALES:

• Implementar programa de vigilancia radiologica

* Adquirir chaleco plomado.

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente lista de chequeo firman los funcionarios que en ella intervinieron: Día 09 Mes 06 Año 2026

POR LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Nombre y apellidos:	Jesús A. Carrasquín	Nombre y apellidos:	
C.C:	1088914097	C.C:	
Cargo:	Asesor	Cargo:	
Firma:	[Firma]	Firma:	

POR LA INSTITUCIÓN

Nombre y apellidos:	Gohly C. Aguirre Franco	Nombre y apellidos:	
c.c:	107375163	C.C:	
Cargo:	Representante legal	Cargo:	
Firma:	[Firma]	Firma:	

Nombre y apellidos:		Nombre y apellidos:	
C.C:		C.C:	
Cargo:		Cargo:	
Firma:		Firma:	

REGISTRO DE REUNIÓN

CÓDIGO	AP-AL-RG-129
VERSIÓN	6
FECHA DE APROBACIÓN	19/09/2016
PÁGINA	1 de 1

SECRETARÍA DE SALUD – GRUPO DE ACREDITACIÓN EN SALUD Y SOGC

[illegible]

República de Colombia  Gobernación de Santander	FORMATO DE VERIFICACIÓN DE VISTA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA LA EXPEDICIÓN DE LICENCIAS DE PRACTICA MEDICA CATEGORIA II	CÓDIGO	MI-GS-RG-461
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/03/2026
		PÁGINA	1 de 1
Fecha: 05-06-2026		Hora: 2:00 pm	
Departamento: Santander		Municipio: Bucaramanga	
Razón Social: Los Comunes Hospital Universitario			
Dirección: Carrera 27 # 30-15			
NIT/CC: 90024008-6		Código REPS: 6800103418-01	
Representante Legal: Erika Janneth Londoño Uribe			
Cedula: 37748975		Numero de Celular: 3132331607	
Oficial de Protección Radiológica: Jose Hernan Forero Corso			
Cedula: 80411379 (Medico)		Numero de Celular: 3134582626	

Se procedió a realizar la visita de verificación de requisitos con enfoque de riesgo de la instalación, conforme lo establecido en el artículo 20 de la Resolución 1811 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO	ESTÁNDARES VERIFICADOS	CUMPLE		OBSERVACIÓN
		SI	NO	
20.1	Documento de Identificación del titular	X		
20.2	Documento de identificación y curso de protección radiológica del OPR	X		
20.3	Informe de cálculo de blindajes de la instalación	X		
20.4	Informes de control de calidad de equipos	X		
20.5	Registros dosimétricos de último periodo			
20.6	Registro de los Valores Típicos para diagnostico			
20.7	Plano general de las instalaciones el cual debe contener: 20.7.1. Áreas de trabajo de la práctica, delimitando te zona controlada supervisada y áreas colindantes. 20.7.2. Listado de actividades que se realizarán en cada una de las áreas adyacentes a la sala. 20.7.3. Ubicación de ios equipos generadores de radiación ionizante. 20.7.4. Ruta de pacientes y público. 20.7.5. Señalización de las zonas, (trébol magenta sobre amarillo).			No Aplica
20.8	Cursos de protección radiológica TOES.	X		
20.9	Descripción de elementos, sistemas y componentes en el que se describen las barreras de seguridad: • Sistemas de seguridad tecnológicos (Interruptores, actuadores eléctricos) • Alarmas o advertencias de seguridad (Visuales, auditivas, digitales) • Procedimiento de seguridad y emergencias	X		
20.10	Documentos de los EGRI • Permiso de comercialización • Procedimientos de mantenimiento de equipos	X	*	

	• Soporte de adquisición de equipos	x		
20.11	Pruebas iniciales y de caracterización	—		No Aplica
20.12	Programa de Tecnovigilancia			
20.13	Programa de protección radiológica.			
20.13.1	Programa capacitación de protección Radiológica	x		
20.13.2	Sistema de Gestión de SS-T: • Cronograma de exámenes médicos ocupacionales • Vigilancia radiológica	x x		
20.13.3	Acciones correctivas en el caso de sobrepasar los niveles de investigación o intervención en la dosimetría personal.		x	Implementar
20.13.4	Restricciones de dosis para TOES	x		
20.13.5	Certificado de calibración de equipos usados en protección radiológica o control de calidad.	—		No aplica.

EQUIPOS EMISORES DE RADIACIÓN IONIZANTE VERIFICADOS EN LA INSTALACIÓN

EQUIPO 1		Arco en C		
Marca de Equipo	General Electric	Marca De Tubo	General E	CARGA DE TRABAJO
Modelo de equipo	Bravo DEC 850	Modelo De Tubo	110-3DF	
Serie de equipo	B1813134	Serie De Tubo	157509HL1	25
Tensión Máxima	110 KV	Corriente Máxima	30 mA	
Año de Fabricación	2017	Año De Fabricación	2017	

EQUIPO # 2		Arco en C		
Marca de Equipo	General Electric	Marca De Tubo	General E	CARGA DE TRABAJO
Modelo de equipo	Bravo DEC 785	Modelo De Tubo	Bravo DEC 22A	
Serie de equipo	B3551800185	Serie De Tubo	221685HL1	66.7
Tensión Máxima	110 KV	Corriente Máxima	40 mA	
Año de Fabricación	2022	Año De Fabricación	2022	

EQUIPO 3				
Marca de Equipo		Marca De Tubo		CARGA DE TRABAJO
Modelo de equipo		Modelo De Tubo		
Serie de equipo		Serie De Tubo		
Tensión Máxima		Corriente Máxima		
Año de Fabricación		Año De Fabricación		

EQUIPO 4				
Marca de Equipo		Marca De Tubo		CARGA DE TRABAJO
Modelo de equipo		Modelo De Tubo		
Serie de equipo		Serie De Tubo		
Tensión Máxima		Corriente Máxima		
Año de Fabricación		Año De Fabricación		

EQUIPO 5				
Marca de Equipo		Marca De Tubo		

Modelo de equipo		Modelo De Tubo		CARGA DE TRABAJO
Serie de equipo		Serie De Tubo		
Tensión Máxima		Corriente Máxima		
Año de Fabricación		Año De Fabricación		

OBSERVACIONES GENERALES:

Cumple requisitos para otorgamiento de licencia.

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente lista de chequeo firman los funcionarios que en ella intervinieron: Día Mes Año

POR LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Nombre y apellidos:	Jesús Casapal	Nombre y apellidos:	
C.C:	1088914847	C.C:	
Cargo:	Asesor	Cargo:	
Firma:	[Firma]	Firma:	

POR LA INSTITUCIÓN

Nombre y apellidos:	Kevin Janie Bautista	Nombre y apellidos:	
C.C:	1100897306	C.C:	
Cargo:	COORD. EQ. MEDICO	Cargo:	
Firma:	[Firma]	Firma:	

Nombre y apellidos:		Nombre y apellidos:	
C.C:		C.C:	
Cargo:		Cargo:	
Firma:		Firma:	

Lugar:

IDME - Carrera 18 # 33-47

Fecha:

09-06-2026

Hora:

00:01

Objetivo:

VISITA DE SEGUIMIENTO AL RIESGO

Tema(s) a Tratar:

Licencia de Prácticas médicas

Responsable(s)

JESUS ALBERTO CUASAPUD

Yes

[illegible]

República de Colombia  Gobernación de Santander	FORMATO DE VERIFICACIÓN DE VISTA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA LA EXPEDICIÓN DE LICENCIAS DE PRACTICA MEDICA CATEGORIA II	CÓDIGO	MI-GS-RG-461
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/03/2026
		PÁGINA	1 de 1
Fecha: 09-06-2026		Hora: 10:00 am	
Departamento: Santander		Municipio: Barrancabermeja	
Razón Social: IDIME			
Dirección: Carretera 18 #47-33			
NIT/CC: 800065396-2		Código REPS: 680810367-10	
Representante Legal: Lida Yamilia Gonzalez			
Cedula: 52193813		Numero de Celular:	
Oficial de Protección Radiológica: Camilo Andres Lora Rodriguez			
Cedula: 80473169		Numero de Celular:	

Se procedió a realizar la visita de verificación de requisitos con enfoque de riesgo de la instalación, conforme lo establecido en el artículo 20 de la Resolución 1811 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO	ESTÁNDARES VERIFICADOS	CUMPLE		OBSERVACIÓN
		SI	NO	
20.1	Documento de Identificación del titular	X		
20.2	Documento de identificación y curso de protección radiológica del OPR	X		
20.3	Informe de cálculo de blindajes de la instalación	X		
20.4	Informes de control de calidad de equipos	X		
20.5	Registros dosimétricos de último periodo	X		
20.6	Registro de los Valores Típicos para diagnostico			
20.7	Plano general de las instalaciones el cual debe contener: 20.7.1. Áreas de trabajo de la práctica, delimitando te zona controlada supervisada y áreas colindantes. 20.7.2. Listado de actividades que se realizarán en cada una de las áreas adyacentes a la sala. 20.7.3. Ubicación de ios equipos generadores de radiación ionizante. 20.7.4. Ruta de pacientes y público. 20.7.5. Señalización de las zonas, (trébol magenta sobre amarillo).	X		
20.8	Cursos de protección radiológica TOES.			Intensidad Horaria <48h
20.9	Descripción de elementos, sistemas y componentes en el que se describen las barreras de seguridad: - Sistemas de seguridad tecnológicos (Interruptores, actuadores eléctricos) - Alarmas o advertencias de seguridad (Visuales, auditivas, digitales) - Procedimiento de seguridad y emergencias	X		
20.10	Documentos de los EGRI - Pemiso de comercialización - Procedimientos de mantenimiento de equipos	X X		

	• Soporte de adquisición de equipos	X		
20.11	Pruebas iniciales y de caracterización	—		NO aplica.
20.12	Programa de Tecnovigilancia	X		
20.13	Programa de protección radiológica.			
20.13.1	Programa capacitación de protección Radiológico	X		
20.13.2	Sistema de Gestión de SS-T: • Cronograma de exámenes médicos ocupacionales • Vigilancia radiológica	X		
20.13.3	Acciones correctivas en el caso de sobrepasar los niveles de investigación o intervención en la dosimetría personal.	X		
20.13.4	Restricciones de dosis para TOES	X		
20.13.5	Certificado de calibración de equipos usados en protección radiológica o control de calidad.	—		NO aplica

EQUIPOS EMISORES DE RADIACIÓN IONIZANTE VERIFICADOS EN LA INSTALACIÓN

EQUIPO 1		Uzmografiado		
Marca de Equipo	GEUORAY	Marca De Tubo	IAE	CARGA DE TRABAJO 166.7
Modelo de equipo	HX-600	Modelo De Tubo	TH15	
Serie de equipo	GHA-031204-50321	Serie De Tubo	65X236	
Tensión Máxima	40 KV	Corriente Máxima	400mA	
Año de Fabricación	2021	Año De Fabricación	2021	

EQUIPO 2		Rx Convencional Fijo		
Marca de Equipo	TOSHIBA.	Marca De Tubo	TOSHIBA	CARGA DE TRABAJO 416.7
Modelo de equipo	KXO-15R	Modelo De Tubo	DRX-1603B	
Serie de equipo	C15755030	Serie De Tubo	AC225F	
Tensión Máxima	150 KV	Corriente Máxima	500mA	
Año de Fabricación	2004	Año De Fabricación	2014	

EQUIPO 3				
Marca de Equipo		Marca De Tubo		CARGA DE TRABAJO
Modelo de equipo		Modelo De Tubo		
Serie de equipo		Serie De Tubo		
Tensión Máxima		Corriente Máxima		
Año de Fabricación		Año De Fabricación		

EQUIPO 4				
Marca de Equipo		Marca De Tubo		CARGA DE TRABAJO
Modelo de equipo		Modelo De Tubo		
Serie de equipo		Serie De Tubo		
Tensión Máxima		Corriente Máxima		
Año de Fabricación		Año De Fabricación		

EQUIPO 5				
Marca de Equipo		Marca De Tubo		

Modelo de equipo	1	Modelo De Tubo	1	CARGA DE TRABAJO
Serie de equipo		Serie De Tubo		
Tensión Máxima		Corriente Máxima		
Año de Fabricación		Año De Fabricación		

OBSERVACIONES GENERALES:

Cumple con requisitos para otorgamiento de licencia.

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente lista de chequeo firman los funcionarios que en ella intervinieron: Día 09 Mes 06 Año 2026

POR LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Nombre y apellidos:	Jorge A. González	Nombre y apellidos:	
C.C:	1082914547	C.C:	
Cargo:	Asesor	Cargo:	
Firma:	A-IC-PDC	Firma:	

POR LA INSTITUCIÓN

Nombre y apellidos:	Zaira Adrián Pérez Argente	Nombre y apellidos:	Marlon A. San Juan Vargas
C.C:	83481405	C.C:	8095030734
Cargo:	Gerente de calidad	Cargo:	Ing. Biológico
Firma:	[Firma]	Firma:	[Firma]

Nombre y apellidos:	Yamile Santos Lebrón Martínez	Nombre y apellidos:	
C.C:	1098678509 Bgo	C.C:	
Cargo:	Coordinadora de sed	Cargo:	
Firma:	[Firma]	Firma:	

República de Colombia

Gobernación de Santander

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE VISTA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA LA EXPEDICIÓN DE LICENCIAS DE PRACTICA MEDICA CATEGORIA II

CÓDIGO

MI-GS-RG-461

VERSIÓN

0

FECHA DE APROBACIÓN

06/03/2026

PÁGINA

1 de 1

Fecha:

02-05-2026

Hora:

2:00pm

Departamento:

Santander

Municipio:

Bucaramanga

Razón Social:

Instituto de Diagnostico Medico IDIME

Dirección

Carrera 27 # 30-15

NIT/CC:

800065396-2

Código REPS:

6800103670-01

Representante Legal:

Lida Camile Gonzalez Bolivar

Cedula:

52173813

Oficial de Protección Radiológica:

Camilo Andre Laya

Numero de Celular:

3138283535

Cedula:

80473164

Numero de Celular:

3118070928

Se procedió a realizar la visita de verificación de requisitos con enfoque de riesgo de la instalación, conforme lo establecido en el artículo 20 de la Resolución 1811 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO	ESTÁNDARES VERIFICADOS	CUMPLE		OBSERVACIÓN
		SI	NO	
20.1	Documento de Identificación del titular	X		
20.2	Documento de identificación y curso de protección radiológica del OPR	X		
20.3	Informe de cálculo de blindajes de la instalación	X		
20.4	Informes de control de calidad de equipos	X		
20.5	Registros dosimétricos de último periodo	X		
20.6	Registro de los Valores Típicos para diagnostico	X		
20.7	Plano general de las instalaciones el cual debe contener: 20.7.1. Áreas de trabajo de la práctica, delimitando te zona controlada supervisada y áreas colindantes. 20.7.2. Listado de actividades que se realizarán en cada una de las áreas adyacentes a la sala. 20.7.3. Ubicación de los equipos generadores de radiación ionizante. 20.7.4. Ruta de pacientes y público. 20.7.5. Señalización de las zonas, (trébol magenta sobre amarillo).	X		
20.8	Cursos de protección radiológica TOES.	X		
20.9	Descripción de elementos, sistemas y componentes en el que se describen las barreras de seguridad: • Sistemas de seguridad tecnológicos (Interruptores, actuadores eléctricos) • Alarmas o advertencias de seguridad (Visuales, auditivas, digitales) • Procedimiento de seguridad y emergencias	X		
20.10	Documentos de los EGRI • Permiso de comercialización • Procedimientos de mantenimiento de equipos	X		

Modelo de equipo		Modelo De Tubo		CARGA DE TRABAJO
Serie de equipo		Serie De Tubo		
Tensión Máxima		Corriente Máxima		
Año de Fabricación		Año De Fabricación		

OBSERVACIONES GENERALES:

Cumple con requisitos para otorgamiento de licencia.

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente lista de chequeo firman los funcionarios que en ella intervinieron: Día Mes Año

POR LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Nombre y apellidos: Jesus A. Cuasapal	Nombre y apellidos:
C.C: 1088914347	C.C:
Cargo: FISIICO	Cargo:
Firma: A-FC-Rd	Firma:

POR LA INSTITUCIÓN

Nombre y apellidos: Zaira Adriana Bde Argonita	Nombre y apellidos: Nini Johana Pinto Villalba
C.C: 63481405	C.C: 1098639854
Cargo: Contable calidad	Cargo: Directora Operativa
Firma: [Firma]	Firma: [Firma]

Nombre y apellidos: Yanile Santos-Lebrón Martínez	Nombre y apellidos:
C.C: 1098639851	C.C:
Cargo: Coordinadora de Sed	Cargo:
Firma: YANILE SANTOS-LEBRON M.	Firma:



REGISTRO DE REUNIÓN

SECRETARÍA DE SALUD – GRUPO DE ACREDITACIÓN EN SALUD Y SOGC

[illegible]



REGISTRO DE REUNIÓN

SECRETARÍA DE SALUD – GRUPO DE ACREDITACIÓN EN SALUD Y SOGC

[illegible]

 <i>República de Colombia</i> <i>Gobernación de Santander</i>	FORMATO DE VERIFICACIÓN DE VISTA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA LA EXPEDICIÓN DE LICENCIAS DE PRACTICA MEDICA CATEGORIA II	CÓDIGO	MI-GS-RG-461
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/03/2026
		PÁGINA	1 de 1
Fecha: 09-06-2026		Hora: 8:26 am	
Departamento: Santander		Municipio: Barrancabermeja.	
Razón Social: RUOIPS SAS			
Dirección: Calle 52 # 20-04			
NIT/CC: 900111404-3		Código REPS: 6808103075-01	
Representante Legal: Ruth Esperanza Valencia Ortiz			
Cedula: 63294702		Numero de Celular: 3183623638	
Oficial de Protección Radiológica: Marlin Janeth Murillo Gomez			
Cedula: 45500879		Numero de Celular: 3107060530	

Se procedió a realizar la visita de verificación de requisitos con enfoque de riesgo de la instalación, conforme lo establecido en el artículo 20 de la Resolución 1811 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO	ESTÁNDARES VERIFICADOS	CUMPLE		OBSERVACIÓN
		SI	NO	
20.1	Documento de Identificación del titular	X		
20.2	Documento de identificación y curso de protección radiológica del OPR	X		
20.3	Informe de cálculo de blindajes de la instalación	X		
20.4	Informes de control de calidad de equipos	X		
20.5	Registros dosimétricos de último periodo	X		
20.6	Registro de los Valores Típicos para diagnostico	X		
20.7	Plano general de las instalaciones el cual debe contener: 20.7.1. Áreas de trabajo de la práctica, delimitando te zona controlada supervisada y áreas colindantes. 20.7.2. Listado de actividades que se realizarán en cada una de las áreas adyacentes a la sala. 20.7.3. Ubicación de ios equipos generadores de radiación ionizante. 20.7.4. Ruta de pacientes y público. 20.7.5. Señalización de las zonas, (trébol magenta sobre amarillo).	X		
20.8	Cursos de protección radiológica TOES.	X		
20.9	Descripción de elementos, sistemas y componentes en el que se describen las barreras de seguridad: - Sistemas de seguridad tecnológicos (Interruptores, actuadores eléctricos) - Alarmas o advertencias de seguridad (Visuales, auditivas, digitales) - Procedimiento de seguridad y emergencias	X		Tiene documentado chaleco plomado pero no lo tiene en el servicio.
20.10	Documentos de los EGRI - Permiso de comercialización - Procedimientos de mantenimiento de equipos	X		

	• Soporte de adquisición de equipos	x		
20.11	Pruebas iniciales y de caracterización	—		No Aplica
20.12	Programa de Tecnovigilancia	x		
20.13	Programa de protección radiológica.	x		
20.13.1	Programa capacitación de protección Radiológico	x		
20.13.2	Sistema de Gestión de SS-T: • Cronograma de exámenes médicos ocupacionales • Vigilancia radiológica	x		
20.13.3	Acciones correctivas en el caso de sobrepasar los niveles de investigación o intervención en la dosimetría personal.	x		
20.13.4	Restricciones de dosis para TOES	x		
20.13.5	Certificado de calibración de equipos usados en protección radiológica o control de calidad.	—		No aplica

EQUIPOS EMISORES DE RADIACIÓN IONIZANTE VERIFICADOS EN LA INSTALACIÓN

EQUIPO 1		Rx Convencional		
Marca de Equipo	Shimadzu	Marca De Tubo	Shimadzu	CARGA DE TRABAJO
Modelo de equipo	D150LC-40E	Modelo De Tubo	0.61.2P18D	
Serie de equipo	1498709408	Serie De Tubo	CH6F3B04A029	480
Tensión Máxima	150 kV	Corriente Máxima	500mA	
Año de Fabricación	2014	Año De Fabricación	2014	

EQUIPO 1				
Marca de Equipo		Marca De Tubo		CARGA DE TRABAJO
Modelo de equipo		Modelo De Tubo		
Serie de equipo		Serie De Tubo		
Tensión Máxima		Corriente Máxima		
Año de Fabricación		Año De Fabricación		

EQUIPO 3				
Marca de Equipo		Marca De Tubo		CARGA DE TRABAJO
Modelo de equipo		Modelo De Tubo		
Serie de equipo		Serie De Tubo		
Tensión Máxima		Corriente Máxima		
Año de Fabricación		Año De Fabricación		

EQUIPO 4				
Marca de Equipo		Marca De Tubo		CARGA DE TRABAJO
Modelo de equipo		Modelo De Tubo		
Serie de equipo		Serie De Tubo		
Tensión Máxima		Corriente Máxima		
Año de Fabricación		Año De Fabricación		

EQUIPO 5				
Marca de Equipo		Marca De Tubo		

Modelo de equipo		Modelo De Tubo		CARGA DE TRABAJO
Serie de equipo		Serie De Tubo		
Tensión Máxima		Corriente Máxima		
Año de Fabricación		Año De Fabricación		

OBSERVACIONES GENERALES:

*Disponer para el servicio de rx (1) de bntal o chataco plomado.

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente lista de chequeo firman los funcionarios que en ella intervinieron: Día 09 Mes 06 Año 2026

POR LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Nombre y apellidos:	Jesús Cordero	Nombre y apellidos:	
C.C:	1085914847	C.C:	
Cargo:	Fisico	Cargo:	
Firma:	AFC-Rdc	Firma:	

POR LA INSTITUCIÓN

Nombre y apellidos:	Luis Valen uo	Nombre y apellidos:	Marcos Janto ribar
C.C:	63294712	C.C:	7485535
Cargo:	Gerente	Cargo:	Ingiero
Firma:		Firma:	

Nombre y apellidos:	Le Gany Cater	Nombre y apellidos:	
C.C:	37723140	C.C:	
Cargo:	Order 60J	Cargo:	
Firma:		Firma:	

REGISTRO DE REUNIÓN

CÓDIGO	AP-AR-C-129
VERSIÓN	6
FECHA DE APROBACIÓN	19/09/2016
PÁGINA	1 de 1

SECRETARÍA DE SALUD – GRUPO DE ACREDITACIÓN EN SALUD Y SOGC

[illegible]



Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																		
Identificación		dv	Razon Social				Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																	
CC 1083914547			CIASAPUD CORDAR JESUS ALBERTO				INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		Calle 37 #25-76		BUCARAMANGA-SANTANDER		700888		No																	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN																																		
Periodo		Clave				Tipo		Fecha				Pago																						
Penión		Salud		Pago		Planilla		Planilla		Límite		Pago		Banco		Días Mora		Valor																
2025-05		2025-05		399114447		9506365808		1		2025/06/11		2025/06/17		NEQUI				6		\$447,600														
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																		
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)															\$1,440,000	\$230,400			\$1,440,000	\$180,000			\$0	\$0			\$1,440,000	\$35,100		\$0	\$0		\$445,500	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)															\$1,440,000	\$230,400			\$1,440,000	\$180,000			\$0	\$0			\$1,440,000	\$35,100		\$0	\$0		\$445,500	
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)															\$1,440,000	\$230,400			\$1,440,000	\$180,000			\$0	\$0			\$1,440,000	\$35,100		\$0	\$0		\$445,500	
1	CC 1083914547	CIASAPUD JESUS	X										25-14	18	\$1,440,000	\$230,400	05010	18	\$1,440,000	\$180,000	0		\$0	\$0	14-23	18	\$1,440,000	2.4361	\$35,100	0	\$0	\$0	No	\$445,500
Total Afiliados(1)															\$1,440,000	\$230,400			\$1,440,000	\$180,000			\$0	\$0			\$1,440,000	\$35,100		\$0	\$0		\$445,500	

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$230,400	\$1,100	\$0	\$231,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$230,400	\$1,100	\$0	\$231,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,100	\$200	\$0	\$35,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$35,100	\$200	\$0	\$35,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$180,000	\$800	\$0	\$180,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EP5010	800,088,702	2	1	\$180,000	\$800	\$0	\$180,800
TOTAL				1	\$445,500	\$2,100	\$0	\$447,600

	CERTIFICADO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA (aplica solo para Personas Naturales)	CÓDIGO	AP-GF-RG-171
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	04/02/2026
		PÁGINA	1 de 2

Yo, **Jesus Alberto Cuasapud Cundar** identificado(a) con Cédula de ciudadanía No 1085914547 contratista del Departamento de Santander mediante contrato de prestación de servicios No. **CO1.PCCNTR.9069282 del 29 de enero de 2026**, manifiesto bajo la gravedad de juramento, para efectos de la aplicación de la retención en la fuente, que:

1. Condición de declarante del Impuesto sobre la Renta

Para la vigencia fiscal 2025, manifiesto que soy declarante del Impuesto sobre la Renta y Complementario, de conformidad con la normativa tributaria vigente:

☐ SÍ ☒ NO

2. Uso de costos y deducciones

Indique si hará uso de costos y deducciones asociados a los pagos o abonos en cuenta por concepto de honorarios o por compensación por servicios personales, originados en el contrato suscrito con el Departamento de Santander, de conformidad con lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016:

☐ SÍ ☒ NO

Observación: Señor(a) Contratista, tenga en cuenta que de su respuesta depende la aplicación de la retención en la fuente, de la siguiente manera:

- **SÍ:** Le será aplicada la retención en la fuente conforme a lo establecido en el artículo 392 del Estatuto Tributario Nacional, correspondiente a honorarios o servicios, según el caso.
- **NO:** Le será aplicada la retención en la fuente de conformidad con el artículo 383 del Estatuto Tributario Nacional, según la tabla de retención para ingresos laborales.

Para la depuración de la retención en la fuente, conforme a lo establecido en el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto que anexo certificación de los siguientes conceptos (si aplica):

- Intereses por crédito de vivienda o leasing habitacional ☐
- Medicina prepagada o póliza de salud ☐
- Cuentas AFC ☐

Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por la Ley 1607 de 2012, manifiesto que tengo personas dependientes:

☐ SÍ ☒ NO

(En caso afirmativo, deberá anexar los documentos que acrediten el vínculo de dependencia, conforme a lo dispuesto en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario).

Solicito que me sea aplicada una tarifa de retención en la Fuente, superior a la legalmente establecida, equivalente, al porcentaje de: N/A %

INFORMACIÓN ADICIONAL

- | | | |
|---|-----------------------------|--|
| 1. Soy extranjero residente en Colombia: | SÍ ☐ | NO ☒ |
| 2. Soy responsable del Régimen Simple de Tributación – RST (Artículo 903 y siguientes del Estatuto Tributario): | SÍ ☐ | NO ☒ |
| 3. Soy responsable de IVA: | SÍ ☐ | NO ☒ |
| 4. Soy Facturador electrónico | SÍ ☐ | NO ☒ |

INFORMACIÓN DE IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO

PARA LA PRESENTE CUENTA MANIFIESTO QUE LAS ACTIVIDADES SE EJECUTARON EN LOS SIGUIENTES MUNICIPIOS:

a). MUNICIPIO	b). ACTIVIDAD ECONOMICA DIAN		c). ACTIVIDAD ECONOMICA MUNICIPAL		d). VALOR COBRADO
(DONDE EJECUTA SUS ACTIVIDADES)	CODIGO CIU	DESCRIPCION ACTIVIDAD	CODIGO CIU	DESCRIPCION ACTIVIDAD	EN ESTA CUENTA
BUARAMANGA	8691	ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO	86911	ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO - (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General de Seguridad Social en Salud)	6,000,000.00

NOTA: Inserte las filas necesarias de acuerdo a sus actividades contractuales.

- a) Relacione el municipio o los municipios en los cuales se ejecutaron las actividades contractuales.
- b) Relacione el código de la Actividad Económica DIAN (CIU), conforme a la información registrada en su RUT, el cual deberá guardar relación directa con el objeto contractual.
- c) Relacione el código de la Actividad Económica Municipal correspondiente al Impuesto de Industria y Comercio (ICA), de acuerdo con la normatividad vigente o el registro realizado en cada municipio.
- d) Relacione el valor correspondiente al presente cobro.

Nota: Para los contratos cuya ejecución se haya realizado en más de un municipio, el valor del presente cobro deberá distribuirse de manera proporcional, de acuerdo con los porcentajes de ejecución en cada uno de ellos.

Se expide en Bucaramanga, a los dieciocho (18) días del mes de junio de 2026

Firma del Contratista:

Nombre:

C.C. NO.

CORREO ELECTRONICO:

TELEFONO DE CONTACTO:



JESUS ALBERTO CUASAPUD CUNDAR

1085914547

Jcuasapud@unal.edu.co

310-8167740

Nota: Tenga en cuenta que este documento debe anexarse con cada cuenta radicada y es requisito indispensable para su trámite.

República de Colombia  Gobernación de Santander	CARTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-110
		VERSIÓN	17
		FECHA DE APROBACIÓN	11/04/2024
		PÁGINA	1 de 1

Bucaramanga, 18 de junio 2026

Doctor
NURY PAOLA QUINTERO QUINTERO
Directora de Apoyo Jurídico de Contratación y Procesos Sancionatorios
Secretaria de Salud de Santander

Asunto: Documentos dirigidos al contrato de prestación de servicios Profesionales N.º CO1.PCCNTR. 9069282 del 29 de Enero de 2026 / Guane 933.

De manera respetuosa me permito remitir para digitación y archivo los siguientes documentos correspondientes al contrato de prestación de servicio profesionales N.º CO1.PCCNTR. 9069282 del 29 de Enero de 2026 / Guane 933, JESUS ALBERTO CUASAPUD CUNDAR cuyo objeto es "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR VISITAS DE VIGILANCIA, INSPECCIÓN Y CONTROL PARA VERIFICAR LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ACCIONES DE CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE GARANTÍA DE CALIDAD ENMARcado DENTRO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA, PARA LA OPERACIONALIZACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD, MEDICAMENTOS Y EL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN SANTANDER".

- Informe de Supervisión #4
- Informe de Contratista #4
- Soportes de Ejecución
- Planilla Seguridad Social
- Certificación Tributaria

Cordialmente,


YELITZA LILIBETH HERNANDEZ GONZALEZ
Supervisora