HOSPITAL SAN JOSE E.S.E. NIVEL 1
NIT: 890.700.967-1

**RELACION CONSULTA, ECOGRAFIAS OBSTETRICAS Y TRANSVAGINALES**

**GYNAMTO**

**DR JUAN MANUEL MACHADO**

**21 MAYO 2026**

| N° | NOMBRE | DOCUMENTO | TIPO |
|---|---|---|---|
| 1 | YOHELY NIETO MUÑOZ | 1110172557 | ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL |
| 2 | ANA BELEN OYOLA MORENO | 28866964 | CONSULTA |
| 3 | NILEN JASBLEYDI DUCUARA VEGA | 1007535579 | CONSULTA |
| 4 | NILEN JASBLEYDI DUCUARA VEGA | 1007535579 | ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL |
| 5 | NEYLA CULMA RADA | 28868244 | ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL |
| 6. | NEYLA CULMA RADA | 28868244 | CONSULTA |
| 7 | MARIA YOVANA DUCUARA OLIVERA | 1111264645 | ECOGRAFIA PELVICA TRANSABDOMINAL |
| 8 | HELENA CHILATRA MADRIGAL | 1110176893 | ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL |
| 9 | HELENA CHILATRA MADRIGAL | 1110176893 | CONSULTA |
| 10 | LUCIDIA MAYORQUIN RADA | 28867698 | CONSULTA |
| 11 | NICOLL TATIANA MONROY HOYOS | 1107008576 | ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL |
| 12 | NICOLL TATIANA MONROY HOYOS | 1107008576 | CONSULTA |
| 13 | EYDA MARIA OVIEDO AGUIAR | 28905362 | CONSULTA |
| 14 | LUCELIS GARCIA ASCENCIO | 28869442 | CONSULTA |
| 15 | MARIA DANIELA CHILATRA GIRON | 1106772041 | CONSULTA |
| 16 | MARIA DANIELA CHILATRA GIRON | 1106772041 | ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL |
| 17 | ANGI CAMILA CAMACHO OLIVERA | 1193152664 | CONSULTA |
| 18 | ANGI CAMILA CAMACHO OLIVERA | 1193152664 | ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL |
| 19 | SANDRA PATRICIA MADRIGAL MORENO | 52898858 | ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL |
| 20 | SANDRA PATRICIA MADRIGAL MORENO | 52898858 | CONSULTA |
| 21 | DAYANA YULIETH DUCUARA CAPERA | 1006150711 | ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL |
| 22 | GABRIELA ALAPE VDA DE RODRIGUEZ | 51660044 | CONSULTA |
| 23 | MAGALY GRACIELA TOTENA ANDRADE | 1110177173 | CONSULTA |
| 24 | MAGALY GRACIELA TOTENA ANDRADE | 1110177173 | ECOGRAFIA PELVICA TRANSABDOMINAL |
| 25 | LUZ MARINA FIGUEROA GARZON | 1110174103 | ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL |
| 26 | LUZ MARINA FIGUEROA GARZON | 1110174103 | CONSULTA |
| 27 | ZAYRA ALEJANDRA SUAREZ HERNANDEZ | 1106786355 | CONSULTA |
| 28 | ZAYRA ALEJANDRA SUAREZ HERNANDEZ | 1106786355 | ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL |
| 29 | MAIRA ALEJANDRA RAYO MEJIA | 1029286507 | ECOGRAFIA PELVICA TRANSABDOMINAL |
| 30 | DAILY SERRANO MORENO | 1111263593 | CONSULTA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 31 | NICOLL ROCIO OYUELA MACIAS | 1007646989 | ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL |
| 32 | ALEXANDRA PALOMINO MORENO | 1006150332 | ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL |
| 33 | PAULA ANDREA COLMENAREZ PARRA | 1019987177 | CONSULTA |
| 34 | LAURA VANESA SUAREZ MUNOZ | 1105611690 | CONSULTA |
| 35 | LAURA VANESA SUAREZ MUNOZ | 1105611690 | ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL |
| 36 | NICOLL ROCIO OYUELA MACIAS | 1007646989 | CONSULTA |
| 37 | ANA SOFIA BOCANEGRA RAYO | 1006150689 | CONSULTA |
| 38 | MARIA CRISTINA TAPIERO MENDOZA | 28865596 | ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL |
| 39 | MARIA CRISTINA TAPIERO MENDOZA | 28865596 | CONSULTA |
| 40 | MARIA ISABEL TIQUE VEGA | 1006093680 | CONSULTA |
| 41 | DANIELA PATRICIA HERNANDEZ FLOREZ | 1004743484 | CONSULTA |
| 42 | LEIDY VAQUIRO BOBADILLA | 1110174853 | CONSULTA |
| 43 | MARIA DE LOS ANGELES URDANETA ATENCIO | 6581930 | CONSULTA |
| 44 | LAURA LICETH CHILATRA YATE | 1106777758 | CONSULTA |
| 45 | TANIA FERNANDA ALBA BARRAGAN | 1193517539 | ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL |
| 46 | TANIA FERNANDA ALBA BARRAGAN | 1193517539 | CONSULTA |
| 47 | MARIA ISABEL BOCANEGRA ALONSO | 28867843 | CONSULTA |
| 48 | DAMARIS OTAVO MENDOZA | 28870575 | CONSULTA |
| 49 | MARIA JIMENA OYOLA CARRILLO | 1006093858 | CONSULTA |
| 50 | MARIA BENILDA QUITORA TOTENA | 1111265174 | CONSULTA |
| 51 | MARIA BENILDA QUITORA TOTENA | 1111265174 | ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL |
| 52 | MARIA YAMILE LUGO DE TAFUR | 28864516 | CONSULTA |
| 53 | JESIKA JOHANA SILVA MORENO | 1110173125 | ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL |
| 54 | JESIKA JOHANA SILVA MORENO | 1110173125 | CONSULTA |
| 55 | MARIA FERNANDA CUBILLOS RODRIGUEZ | 1106897124 | CONSULTA |
| 56 | MARILUD CARRILLO RIAÑO | 1006149084 | CONSULTA |
| 57 | MELANY MARITZA GARCIA ORTIZ | 1111263662 | CONSULTA |
| 58 | YADIRA LILIANA PALMA | 28869746 | ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL |
| 59 | YADIRA LILIANA PALMA | 28869746 | CONSULTA |
| 60 | MARIA ESPERANZA MARTINEZ RUIZ | 28866761 | CONSULTA |
| 61 | DORIS FALLA ALVIS | 28868360 | ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL |
| 62 | DORIS FALLA ALVIS | 28868360 | CONSULTA |
| 63 | LUZ CATALINA ARANDA | 65554467 | ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL |
| 64 | YESSICA SHIRLEY BERNAL YATE | 1012357096 | ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **65** | PAULA DANIELA TRIANA CANO | 1069872679 | ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL |
| **66** | PAULA DANIELA TRIANA CANO | 1069872679 | CONSULTA |
| **67** | ANDREA TATIANA COLLAZOS PARRA | 1135924015 | CONSULTA |
| **68** | KELLY JOHANA BOCANEGRA DUCUARA | 1111263174 | CONSULTA |
| **69** | NIDIA LICETH CAMACHO JARA | 1005851898 | CONSULTA |
| **70** | NIDIA LICETH CAMACHO JARA | 1005851898 | ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL |

DIAN

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
5fea699d1d8b65db28aeed2deceff37b549b47a4f3c9d4b0eb1a8ee3a282332362c90e62f4599e5cf59d6a12436dc456

**Número de Factura:** FEGY-192
**Fecha de Emisión:** 09/06/2026
**Fecha de Vencimiento:** 09/06/2026
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Contado
**Medio de Pago:** Transferencia Débito Bancaria
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** GYNAMTO SAS
**Nombre Comercial:** GYNAMTO SAS
**Nit del Emisor:** 901754975
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen Fiscal:** O-47
**Responsabilidad tributaria:** ZA - IVA e INC
**Actividad Económica:** 8621

**País:** Colombia
**Departamento:** Tolima
**Municipio / Ciudad:** Ibagué
**Dirección:** CR 12 A SUR 93 21 CS 402 SEC LA SAMARIA VIA AEROPUERTO PERALES
**Teléfono / Móvil:** 3108181758
**Correo:** consultoriodrmachadoginecologo@gmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIVEL 1
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 890700967
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZA - IVA e INC

**País:** Colombia
**Departamento:** Tolima
**Municipio / Ciudad:** Ortega
**Dirección:** CL 6 3 25
**Teléfono / Móvil:** 3206521604
**Correo:** administracion@hospitalsanjoseortega.gov.co

### Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 85121601 | CONSULTA POR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | HUR | 43,00 | $ 47.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 2.021.000,00 |
| 2 | 85121601 | ECOGRAFIAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS TRANSABDOMINALES | HUR | 10,00 | $ 52.800,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 528.000,00 |
| 3 | 85121601 | ECOGRAFIAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS TRANSVAGINALES | NIU | 17,00 | $ 60.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 1.020.000,00 |

### Notas Finales

VALOR HONORARIOS MEDICOS SERVICIO DE CONSULTA ESPECIALIZADA EN AREA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Y TOMA DE ECOGRAFIAS GINECO-OBSTETRICAS
SERVICIOS PRESTADOS EN EL MES MAYO 2026
POR VALOR DE: $ 3.569.000
SON: TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL PESOS MONEDA CTE
NOTA: FAVOR NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE, PERTENECEMOS AL RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN
Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
09/06/2026 18:29:00
**Documento validado por la DIAN:**
09/06/2026 18:29:00
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 3569000 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 3569000 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 0 |
| **Total neto factura (=)** | 3569000 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 3569000 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 3.569.000,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 3.569.000,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | 3.569.000,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 3.569.000,00 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0,00 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764105908208 Rango desde: 158 Rango hasta: 999 Vigencia: 2027-02-14

## RESUMEN PLANILLA PAGADA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nit 901754975 | 1 | GYNAMTO SAS | B | 0 | ARL SURA - 14-11 | ÚNICA | 8621 | Jurídica |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | EMAIL | | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 73-1 | CRA 12 A SUR 93 - 21 CS 402 | | 3108181758 | | ANGELICA.RAMIREZP@HOTMAIL.COM | | | S |

### DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

| ERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2026-04 | 2026-05 | 37406733 | E | 2026-05-14 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 3.459.800 | 0 | BANCOLOMBIA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 4 | 37406733 | 2026-05-20 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | DÍAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | | | Total | Exento de Parafiscales | Actividad Económica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ID | EMPLEADO | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPST | AFPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot | FNSOL | FNSUB | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IDC | Cot. | ARL | IBC | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | | | |
| CC 30138053 | LOZANO HERNANDEZ SANDRA LILIANA | 4.000.000 | F | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | COLPENSION ES-25-14 | 4.000.000 | 640.000 | 0 | 0 | SANITAS-EPS005 | 4.000.000 | 160.000 | COMFENALCO-CCF50 | 4.000.000 | 160.000 | 4.000.000 | 20.900 | 0,00522 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 980.900 | S | 1701001 |
| CC 65756022 | MORENO RAMIREZ LUCELIDA | 1.750.905 | F | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PROTECCION 230201 | 1.750.905 | 280.200 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 1.750.905 | 70.100 | COMFENALCO-CCF50 | 1.750.905 | 70.100 | 1.750.905 | 9.200 | 0,00522 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 429.600 | S | 1970001 |
| CC 93361219 | MACHADO RODRIGUEZ JUAN MANUEL | 6.000.000 | F | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | COLPENSION ES-25-14 | 6.000.000 | 960.000 | 0 | 0 | SANITAS-EPS005 | 6.000.000 | 240.000 | COMFENALCO-CCF50 | 6.000.000 | 240.000 | 6.000.000 | 146.200 | 0,02436 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 1.586.200 | S | 3861001 |
| CC 1006130120 | GUTIERREZ JIMENEZ SANDRA MILENA | 1.750.905 | F | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PORVENIR-230301 | 1.750.905 | 280.200 | 0 | 0 | FAMISANAR-EPS017 | 1.750.905 | 70.100 | COMFENALCO-CCF50 | 1.750.905 | 70.100 | 1.750.905 | 42.700 | 0,02436 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 463.100 | S | 2862101 |


## RESUMEN PLANILLA PAGADA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nit 901754975 | 1 | GYNAMTO SAS | B | 0 | ARL SURA - 14-11 | ÚNICA | 8621 | Jurídica |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | EMAIL | | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 73-1 | CRA 12 A SUR 93 - 21 CS 402 | | 3108181758 | | ANGELICA.RAMIREZP@HOTMAIL.COM | | | S |

### DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

| ERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2026-04 | 2026-05 | 37406733 | E | 2026-05-14 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 3.459.800 | 0 | BANCOLOMBIA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 4 | 37406733 | 2026-05-20 | Pagada | | | | | | | |


### TOTALES IBC

| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
|---|---|---|---|---|
| 13.501.810 | 13.501.810 | 13.501.810 | 13.501.810 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FP(Administradoras: 3) | | | | 4 | 2.160.400 | 0 | 0 | 0 | 2.160.400 |
| PORVENIR | 230301 | 800224808 | 8 | 1 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 280.200 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900336004 | 7 | 2 | 1.600.000 | 0 | 0 | 0 | 1.600.000 |
| PROTECCION | 230201 | 800229739 | 0 | 1 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 280.200 |
| PS(Administradoras: 3) | | | | 4 | 540.200 | 0 | 0 | 0 | 540.200 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830003564 | 7 | 1 | 70.100 | 0 | 0 | 0 | 70.100 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800130907 | 4 | 1 | 70.100 | 0 | 0 | 0 | 70.100 |
| SANITAS | EPS005 | 800251440 | 6 | 2 | 400.000 | 0 | 0 | 0 | 400.000 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 4 | 219.000 | 0 | 0 | 0 | 219.000 |
| ARL SURA | 14-11 | 890903790 | 5 | 4 | 219.000 | 0 | 0 | 0 | 219.000 |
| CCF(Administradoras: 1) | | | | 4 | 540.200 | 0 | 0 | 0 | 540.200 |
| COMFENALCO-TOLIMA | CCF50 | 890700148 | 4 | 4 | 540.200 | 0 | 0 | 0 | 540.200 |
| Gran Total | | | | | 3.459.800 | 0 | 0 | 0 | 3.459.800 |

PAGOS s.a
PAGADO

**CERTIFICADO DE EJECUCION DE CONTRATO**

**EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO NRO. 037 DE 2026**

**CERTIFICA**

En mi calidad de supervisor designado para ejercer la coordinación, control y vigilancia del contrato Nro. 037 el 16 de enero de 2026 Prestación de servicios cuyo objeto es **"CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA TOMA DE ECOGRAFIAS Y CONSULTA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PARA EL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA."** Suscrito entre el Hospital SAN JOSE E.S.E del Municipio Ortega y el (a) **GYNAMTO S.A.S.**, identificado con NIT número **901.754.975-1** Ibagué Tolima, que el contratista cumplió a satisfacción las obligaciones contractuales establecidas.

Así mismo para efecto de pago certifico que el contratista se encuentra al día respecto de sus obligaciones derivadas de la afiliación al sistema de seguridad social integral.

Por lo anterior se procede a autorizar **EL *QUINTO PAGO*** correspondiente al valor de **CUATRO MILLONES SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE (3.569.000,00 COP)**. Por desarrollo de actividades realizadas durante el periodo comprendido entre el día **PRIMERO (01) DE MAYO al día TREINTA Y UNO (31) DE MAYO** del contrato de prestación de Servicios 037 DE 2026

Vigilado Supersalud

| BALANCE DEL CONTRATO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **DETALLE** | **VALOR DEL CONTRATO** | **VALOR EJECUTADO** | **% EJECUTADO EN PESOS** | **SALDO POR EJECUTAR** |
| VALOR INICIAL | $ 30.000.000,00 | $ | 0,0 % | $ 30.000.000,00 |
| PRIMER PAGO | | $ 3.030.400,00 | 10,11% | $ 26.969.600,00 |
| SEGUNDO PAGO | | $ 3.285.800,00 | 10,95% | $ 23.683.800,00 |
| TERCER PAGO | | $ 3.682.000,00 | 12,27% | $ 20.001.800,00 |
| CUARTO PAGO | | $ 4.006.600,00 | 13,35% | $ 15.995.200,00 |
| QUINTO PAGO | | $ 3.569.000,00 | 12% | $ 12.426.200,00 |
| **TOTALES** | **$ 30.000.000,00** | **$ 17.573.800,00** | **58,68%** | **$ 12.426.200,00** |

La presente certificación se expide en Ortega Tolima, el día 11 de junio del 2026.

**JENNYFFER TATIANA SANTIAGO PÉREZ**
**PROFESIONAL UNIVERSITARIO – JEFE DPTO**
**SUPERVISORA DEL CONTRATO**

**OLGA LUCIA LÓPEZ SÁNCHEZ**
**ENFERMERA DE APOYO**

# Certificado
## Bancario

Miércoles, 11 de Febrero de 2026

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que GYNAMTO SAS identificado(a) con NIT 901754975, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 15300003747 | 2023/12/28 | ACTIVA |

***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 los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

| | | | |
|---|---|---|---|
| | HOSPITAL SAN JOSE ESE<br>SALUD PARA TODOS<br>ORTEGA TOLIMA<br>NIT. 890.700.967-1 | | Código: GC-FO-174 |
| | PROCESO: GESTION DE CALIDAD | | VERSION 1.0 |
| | FORMATO DE INFORME DE SUPERVISION Y/O INTERVENTORIA | | 17/04/2026 |

| HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E | | | |
|---|---|---|---|
| **INFORME NÚMERO:** | 5 | **FECHA DEL INFORME:** (dd/mm/aa) | 14/05/2026 |

**GRADO DE RESPONSABILIDAD**

**MEDIANTE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE ACTA, EL SUPERVISOR ASUME PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN ELLA CONTENIDA:**

**I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **TIPO DE ACTO CONTRACTUAL:** | CONTRATO | **NÚMERO:** | 037 | **FECHA :** (dd/mm/aa) | 16/01/2026 |
| | | | | **No. PROCESO SECOP II** | 037-2026 |
| **CONTRATISTA:** | | GYNAMTO S.A.S | | **NIT Y/O CC:** | 901.754.975-1 |
| **VALOR INICIAL:** | | $ 30,000,000 | | **PLAZO INICIAL:** | Seis (06) meses |
| **CDP(S) INICIAL / VIGENCIA:** | | 40 | | **RP(S) INICIAL / VIGENCIA:** | 38 |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME:** | | OLGA LUCIA LOPEZ SANCHEZ | | **FECHA DE DESIGNACIÓN** | 16/01/2026 |
| **CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:** | | jefepyphospitalortega@gmail.com | | | |
| **FECHA ELABORACIÓN DEL ACTA DE INICIO:** | | 7/01/2026 | | **FECHA DE INICIO:** | 7/01/2026 |

**II. INFORMACIÓN SOBRE ACTAS ADICIONALES, MODIFICATORIAS, RESOLUCIONES, ACTA DE LIQUIDACIÓN (SI APLICA)**

**INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, ACLARATORIAS , RESOLUCIONES, (CAMBIO DE SUPERVISOR, IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL, ETC)**

| TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO: | CARGADO EN EL SECOP II | FECHA (dd/mm/aaaa) | OBJETO | FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa) |
|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

**INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, O RESOLUCIONES EN TEMAS DE VALOR, PLAZO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL**

| TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO: | NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II | FECHA (dd/mm/aaaa) | VALOR ADICIONADO | PLAZO ADICIONADO | RP y CDP | | FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | $ - | N/A | N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | $ - | N/A | N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | $ - | N/A | N/A | N/A | N/A |

**ACTAS DE SUSPENSIÓN Y REINICIACIÓN (adicione filas si es necesario)**

| FECHA SUSPENSIÓN (dd/mm/aaaa) | No. DEL ACTA | FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa) | FECHA REINICIACIÓN (dd/mm/aaaa) | | No. DEL ACTA | FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A |

| III. INFORMACIÓN BASICA PARA EL PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO: (Marque con una | NO | SEGÚN CERTIFICACION DE EXPEDIDA POR : | | | N/A |
| ENTIDAD PUBLICA: (Marque con una X) | NO | TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL: | | | PAGO PARCIAL |
| PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO: | | 01/05/2026 AL 31/05/2026 | | | |
| COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA (adicione filas si es necesario) | | N/A | FECHA COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA: | | N/A |
| No. DE FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR | | FEGY-192 | FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: | | 9/06/2026 |

| IV. ESTAMPILLAS (ADICIONES) | | |
|---|---|---|
| NOMBRE ESTAMPILLA | FECHA | VALOR |
| N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A |

| VERIFICACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y/O PARAFISCALES ART. 50 DE LA LEY 789/02 (Las planillas y meses deben ser coherentes con el periodo que comprende el presente pago) (adicione filas si es necesario) | | | |
|---|---|---|---|
| PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No: | N/A | MES DE COTIZACIÓN: | N/A |
| FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL: | 14/05/2026 | MES DE COTIZACIÓN: | MAYO |

| SI EL CONTRATISTA (persona natural), NO SE ENCUENTRA OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN MARQUE CON UNA X SEGÚN EL MOTIVO QUE CORRESPONDA,INDICANDO EL RESPECTIVO SOPORTE | | | |
|---|---|---|---|
| ES PENSIONADO: | N/A | SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA | N/A |
| ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE: | N/A | | |
| NO ALCANZA A PENSIOANARSE SEGÚN EDAD Y TIEMPO COTIZADO: | N/A | | |

| V. DISTRIBUCIÓN DEL PRESENTE PAGO POR IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (adicione filas si es necesario) | | |
|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (CÓDIGO PRESUPUESTAL) | No. RP | VALOR A AFECTAR PARA EL PRESENTE PAGO |
| | 38 | $ 3.569.000,00 |
| | | |
| VALOR TOTAL PRESENTE PAGO: | | $ 3.569.000,00 |

| VALOR PRESENTE PAGO | |
|---|---|
| VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO PERIODO) | |
| BALANCE DEL CONTRATO | |
| VALOR INICIAL CONTRATO | $ 30.000.000,00 |
| VALOR TOTAL CONTRATO (ADICIONES) | $ - |
| VALOR TOTAL PAGOS ANTERIORES | $ 14.004.800,00 |
| VALOR PRESENTE PAGO | $ 3.569.000,00 |
| VALOR SALDO POR EJECUTAR | $ 12.426.200,00 |

| VI. GARANTIAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ASEGURADORA | AMPARO | VIGENCIA | VALOR ASEGURADO | F. DE EXPEDICIÓN | | F. DE APROBACIÓN |
| SEGUROS DEL ESTADO S.A. | CUMPLIMIENTO | 16/01/2026 HASTA EL 26/01/2027 | 6.000.000 | 16/01/2026 | N/A | 16//01/2026 |
| NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

| VII. INFORMACION CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACION PRESENTE PAGO | | |
|---|---|---|
| NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA | TIPO CUENTA BANCARIA | NUMERO CUENTA BANCARIA |
| BANCOLOMBIA | CUENTA DE AHORRO | 15300003747 |
| | | |

| VII. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN: |
|---|
| La supervisión y/o interventoría verifico el cumplimiento del contratista y de sus obligaciones para el presente periodo, de acuerdo con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.<br><br>Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente. |

| | |
|---|---|
| NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) | JENNIFER TATIANA SANTIAGO PEREZ Y OLGA LUCIA LOPEZ SANCHEZ |
| FIRMA(s): | |

Olga Lucía López S.
Enfermera Jefe
C.C. 1.095.804.063

| | | | |
|---|---|---|---|
| | HOSPITAL SAN JOSE ESE<br>SALUD PARA TODOS<br>ORTEGA TOLIMA<br>NIT. 890.700.967-1 | | Código: GC-FO-175 |
| | PROCESO: GESTION DE CALIDAD | | VERSION 1.0 |
| | INFORME DETALLADO EJECUCION DE ACTIVIDADES | | 17/04/2026 |

HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E

## I. RESUMEN INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

**RESPONSABILIDADES DEL CONTRATISTA O COOPERANTE**

| RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATISTA | ACTIVIDADES DESARROLLADAS | EVIDENCIA | MECANISMO DE VERIFICACION | OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1. Prestar los servicios especializados en Ginecología y obstetricia para la atención de los pacientes en el área de consulta externa | El contratista realiza la atencio de los pacientes asiganados por jornada en el area de consulta externa I | Listado por pacientes que solicitaron el servicio | Sistemas SIHOS- informe de atencion | NA |
| 2.Realizar la toma de ecografías con las respectivas órdenes y autorizaciones del Hospital San José de acuerdo con la propuesta y las tarifas acordadas | El contratista realiza la recoleccion de las ordenes con la autorizacion y soporte para la facturacion del mes | soportes e ordenes y autoriaciones | Ordenes | NA |
| 3.Realizar diagnósticos y prescribir el tratamiento que debe seguirse, aplicando los "derechos del paciente" contenidos en la Ley 100 de 1993. | El contratista asegura la formulacion de tratamiento y prescripcion de procedimeinto de acuerdo al diagnostico | formula de tratameinto y formulas de procedimeintos | soporte sihos | NA |
| 4.Prestar el servicio de Toma, lectura y transcripción de la ecografía dentro de las instalaciones de la institución, así como registrar en el sistema SIHOS del Hospital San José de Ortega e insertarlas en la Historia clínica de cada usuario. | El contratista aseguro los mecanismos adecuados para laentrega de los resultados de acuerdo a la orden medica | soporte en la historia clinica de los resultados | foto | NA |
| 5.Contar con los equipos, accesorios y el recurso humano necesario para dar cumplimiento al objeto del contrato. | El contratista si garantiza el personal idóneo y calificado para cada uno de los procesos de la toma de las ecografia | Oficio de recibido | Contra muestra | NA |
| 6. Garantizar la entrega en forma oportuna de los resultados de las muestras dentro de las 24 horas siguientes según sea la complejidad del examen | El contratista si garantizar la entrega en forma oportuna de los resultados de las muestras según sea la complejidad del examen | Oportunidad en el examen | Resultado | NA |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6.Presentar el Plan de Mantenimiento Preventivo y correctivo del equipo anexando hoja de vida del equipo y cronograma de trabajo. | el ontratista hara llegar el plan de mantenimiento y hoja de vida de los equipos utilizados | verificar | foto del plan de mantenimiento y hoja de vida | NA |
| 8. 7.Prestar los servicios Contratados teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD en las Instalaciones del Hospital al valor contratado. | El contratista si garantiza los lineamientos SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | el hospital en conjunto con el contratista garantiza la norma adecuada para el cumplimiento del sistema obligatoria de garantia y calidad | foto del sitio de toma de las ecografias | NA |
| 8.Prestar servicios de Salud con calidad acorde al objeto del presente contrato con Recurso Humano, tecnológico y científico a su cargo. | El contratista garantiza la prestacion de los servicios de calidad con los recursos propios | listado de quejas y sugerencias | resultado | NA |
| 9. Mantener los servicios habilitados de acuerdo con la normatividad vigente y contar con los permisos y autorizaciones exigidas en la normatividad vigente. | El contratista garantiza contar con los servicios habilitados de acuerdo con la normatividad vigente y cuenta con los permisos y autorizaciones exigidas | Verificacion habilitacion del servicios Reps | Verificacion habilitacion del servicios Reps | se verifico en el resp y cuenta con los permisos de habilitacion según el REPS |
| 9.Facilitar y prestar toda la colaboración a las labores de coordinación, supervisión, evaluación, control y auditoria que la E.S.E Ortega realice; además atender sus recomendaciones | El contratista informa al supervisor del contrato (jefe) sobre cualquier novedad relacionada con el desarrollo del objeto contractual, por medio correo electronico y via whatsapp | Reportes de novedades | correo electronico y via whatsapp | Ningun evento |
| 10. Responder por las irregularidades y reclamaciones por fallas propias, que se presenten en el desarrollo de las actividades prestadas a los beneficiarios y aplicar las medidas correctivas pertinentes según el caso. | El contratista garantiza la reserva legal y la confidencialidad de la información y cualquier reclamacion e irregularidad por fallas se informara al supervisor del contrato | Reportes de novedades | correo electronico y via whatsapp | Ningun evento |
| 11.Llevar a cabo los procedimientos de verificación de la autorización a los pacientes remitidos por la E.S.E Ortega. (Entrega de autorización). | el contratista garantiza la toma del procedimiento verelficando con antelacion la autorizaciones vigentes para la prestacion del servicio | reporte de la toma | listado | |
| 12.Prescribir y/o realizar procedimientos para la ayuda en el diagnóstico y/o manejo de paciente. | El contratista aseguro los mecanismos adecuados para laentrega de los resultados de acuerdo a la orden medica | soporte en la historia clinica de las ordenes | foto | NA |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 13.Realizar la atención médica con los estándares de calidad, bajo preceptos de buena comunicación y respeto | el contratista manejarau na buena conmunicacion y respeto en todas las atenciones realizadas por jornada | Reportes de novedades | correo electronico y via whatsapp | Ningun evento |
| 14.Llevar los controles estadísticos del servicio, en los formatos destinados para tal fin | el contratista pasara los datos estadisto de las atenciones realizadas | listado de atenciones | listado | |
| 15.Establecer y mantener las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud. | El contratista coordinara con la auxilair encargada de las agendas mensuales la fechas de la asistencia para la realizarcion de las jornadas | llamada telefonica o presencial | foto | |
| 16.Responder por los elementos entregados para el desarrollo de las actividades asignadas. | el contratista garantiza la entrega del onsultorio terminada la jornada de atencion | entrega del consultorio previa toma de ecografias | registro fotografico | |
| 17.Diligenciar adecuadamente las Historias Clínicas a todos y cada uno de los pacientes atendidos, bien sea de forma manual o sistematizada, de conformidad con la Resolución No. 1995 del 8 de Julio de 1999 expedida por el Ministerio de Salud | el contratista llenara historia clinica por paciente consignado el resultado de la consulta y de todos los procedimeintos | registro en historias clinicas | registro fotografico | |
| 18.Prestar asistencia médica a los pacientes del servicio. | el contratista prestara asesoria al grupo medico en general en caso de pacientes de ginecologia que ameriten su servicio en consulta externa y urgencias | registro fotografico | registro fotografico | |
| 19.Dar la información pertinente a los pacientes y/o familiares, acerca de su estado de salud, tratamiento y conductas a seguir. | El contratista informa al supervisor del contrato (jefe y familiares) sobre cualquier novedad relacionada con el desarrollo del objeto contractual, por medio correo electronico y via whatsapp | Reportes de novedades | correo electronico y via whatsapp | Ningun evento |
| 20.Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos que le sean asignados por quien ejerce actividades como referente del área.Dar la información pertinente a los pacientes y/o familiares, acerca de su estado de salud, tratamiento y conductas a seguir. | el contratista garantiza educacion A CADA UNA DE LAS PACIENTES | soporte de capacitacion | acta de capacitacion | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 22.Aplicar y velar por la aplicación de las normas en el manejo adecuado del sistema informático en el servicio | el contratista velara por el manejo adecuado del sistema de informa SIHOS | registro en la historia clinica | evidencia fotografia | |
| 23.Reportar, gestionar y hacer seguimiento de los eventos adversos que se presenten durante su tiempo de actividades, informando a Auditoria de Calidad y aplicando las acciones preventivas y correctivas del caso para que no vuelvan a presentarse. | el contratista en caso de presentarse un evento adverso realizara el diligenciamiento del formato para su verificacion y analisis | soporte del evento adverso | NA | no se ha presentado ningun evento a la fecha |
| 25.Diligenciar adecuadamente, toda la papelería que sea de su competencia, para el área de Facturación. | el contratista se compromete a diligenciar la historia clinica por paciente y hacer entrega al supervisor de toda la documentacion para la facturacion | verificacion de los soporte para legalizacion de la facturacion por paciente | NA | hasta el momento se ha entregado toda la documentacion necesarea para la facturacion |
| 26.Contestar, conjuntamente con el área de facturación, las glosas por los servicios prestados. | el contratista estara presto para responder ualquier inquietud para dar respuesta a las glosas | respuesta a glosa | NA | no se han presentado ninguna glosa con el servicio de ginecologia |
| 27.Participar en la implementación de los sistemas de gestión de calidad del hospital, MECI y demás que se requieran en pro del mejoramiento continuo de hospital | el contratista garantiza la implementacion del sistema de calidad y los demas que se requieran | NA | NA | |
| 28.Colaborar en las actividades del servicio, cuando sean inherentes a las actividades que desarrolla | el contratista garantia colaborar con las actividades inherentes a su funcion en el dia de su asistencia | NA | NA | |
| 29.Diligenciar formato de prescripción MIPRES | El contratista asegura la elaboracion del formato de MIPRES en caso de ser necesareo | NA | NA | |
| 30.Diligenciar fichas de notificación obligatoria para los eventos de vigilancia en salud publica en físico y o en plataforma del SIVIGILA web | El contratista garantiza el llenado de las fichas de notificacion obligatoria en el caso de que se presente un caso | NA | NA | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 31.Elaborar el informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato, para que este certifique el cumplimiento de las mismas | El contratista realizara la entrega de toda la documentacion necesarea para la realizacion de la supervision mensual | informe de actividades | Informe | |
| 32.Certificar bajo la gravedad del juramento que en cumplimiento de la Ley 789 de 2.002 no está obligado como persona natural a realizar los aportes parafiscales. | el contratista certificara ue no esta obligado a cancelar parafiscales. | centificacion | NA | |
| 33.Conforme a lo exigido por la Ley 100 de 1.993, Circular Conjunta Numero 0002 de diciembre 6 de 2.004, emitida por el Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público y demás normas concordantes. | el contratista cumplira con lo exigido por la ley 100 de 1993 | NA | NA | |

| RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATANTE | ACTIVIDADES DESARROLLADAS | EVIDENCIA | MECANISMO DE VERIFICACION | OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1. Facilitar al contratista las condiciones (suministro de información, documentación y demás elementos), que le permitan cumplir en la forma y oportunidad convenidas y coordinar al interior de sus dependencias y funcionarios lo necesario con la misma finalidad | Se brindó de manera oportuna la información, documentación institucional requerida, garantizando que el contratista contara con los insumos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus obligaciones contractuales. | informe supervision e informe actividades | informe supervision e informe actividades | NA |
| 2. Controlar la calidad de los servicios contratados y el cumplimiento de los requisitos y condiciones convenidas | Se realizó seguimiento continuo a la ejecución del contrato, verificando el cumplimiento de las condiciones establecidas, asegurando la correcta prestación de los servicios contratados. | informe supervision e informe actividades | informe supervision e informe actividades | NA |
| 3. Recibir los servicios contratados en la oportunidad estipulada y expedir, en menor tiempo posible, los documentos correspondientes a la ejecución del contrato | Se efectuó la revisión y recepción de los servicios, expidiendo los soportes correspondientes que evidencian el cumplimiento de las obligaciones contractuales. | informe supervision e informe actividades | informe supervision e informe actividades | NA |
| 4. Realizar los pagos del contrato, con oportunidad, y conforme a la forma de pago estipulada, a fin de garantizar la buena marcha del contrato. | Se gestionó oportunamente el trámite de pago conforme a lo pactado contractualmente, previa verificación del cumplimiento de las actividades. | informe supervision e informe actividades | informe supervision e informe actividades | NA |
| **CONCLUSIONES:** | | | | |

La supervisión y/o interventoría verifico el cumplimiento del contratista y de sus obligaciones para el presente período, de acuerdo con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.

Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente.

**NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) :** **JENNIFER TATIANA SANTIAGO PEREZ Y OLGA LUCIA LOPEZ SANCHEZ**

**FIRMA:**

Olga Lucía López S.
Enfermera Jefe
C.C. 39564069

HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA - TOLIMA

# HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA

**CALLE 6 3-25 - Tel:3112230151**
**Nit. 890700967-1**

**CUENTA POR PAGAR**
**No.12439**
**Fecha: 11/06/2026**

**Tercero**

**NI 901754975-1 GYNAMTO SAS**
**Dirección:** CR 12A SUR NRO 93 21CS 402 SECTOR LA SAMARIA **Teléfono:** 3108181758
**Documento Presupuestal:** COM - 38 **Documento Externo:** FEGY192 **Fecha Doc Externo:** 11/06/2026 **Fecha De Venc:** 11/07/2026

**Descripción**

CONTRATAR LA PRESTACIÃ"N DE SERVICIOS PARA LA TOMA DE ECOGRAFÃ□AS Y CONSULTA DE GINECOLOGÃ□A Y OBSTETRICA PARA EL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E

| | Centro de Costos | Valor |
|---|---|---|
| 000003 | CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS | $3.569.000.00 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | **$3.569.000.00** |
| **I.V.A:** | **$0.00** |
| **Total:** | **$3.569.000.00** |

**Son**

TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL PESOS M/CTE

REALIZO

JOMIS TORRIJOS GUZMAN
AUXILIAR CONTABLE
1108937701

Impreso por software SIHOS WEB

# HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA

**CALLE 6 3-25 - Tel:3112230151**
**Nit. 890700967-1**

**COMPROBANTE EGRESO No.18928**
**Fecha: 11/06/2026**

**Tercero**

NI 901754975-1 **GYNAMTO SAS**
Dirección: CR 12A SUR NRO 93 21CS 402 SECTOR LA SAMARIA Teléfono: 3108181758

**Datos del Pago**

Forma de Pago : TRANSFERENCIA ELECTRONICA BANCO DAVIVIENDA **Cuenta :** 166969999829

**Concepto**

SE CANCELA LA PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA TOMA DE ECOGRAFIAS Y CONSULTA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICA PARA EL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E. QUINTO PAGO DEL CONTRATO NRO. 037 DEL 2026. SEGUN FACTURA FEGY 192. MES MAYO DEL 2026.

| Documento | Numero | Factura | | | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Documento | Numero | Fecha | |
| CUENTA POR PAGAR | 12439 | FCP | FEGY192 | 11/06/2026 | $3.569.000.00 |

**Total : $3.569.000.00**

**Edición Contable**

| Codigo | Cuenta | Deber | Haber |
|---|---|---|---|
| 249055 | Servicios | $3.569.000.00 | |
| 24402401 | SOBRETASA BOMBERIL | | $1.249.00 |
| [illegible]4004 | RETENCION DE INDUSTRIA Y COMERCIO | | $24.983.00 |
| [illegible]1100508 | Davivienda 166969999829 | | $3.542.768.00 |
| | **Total** | **$3.569.000.00** | **$3.569.000.00** |

**SON**

TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL PESOS M/CTE

ORDEDNO

BENEFICIARIO

DIANA MARCELA CAMPOS BARRIOS
GERENTE
53122713

DAVIVIENDA

## Comprobante de Pago

**17/6/2026 - 12:44**

| Datos del Proceso de Pago | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA EMPRESA SOCIAL DEL EST |
| **Nombre Proceso** | PAGO A PROVEEDORES 11 DE JUNIO DE 2026 |
| **Cuenta Origen de los Fondos** | OFICIAL SIN SOBREGIRO - 560166969999829 |
| **Fecha del Pago** | 12/06/2026 |
| **Hora del Pago** | 08:49 |

| Detalle Proceso de Pago | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 901754975 | **Referencia** | 0000000000000000 |
| **Nombre** | 0 0 | | |
| **Producto o Servicio Destino** | 15300003747 | **Entidad destino** | BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 3.542.768,00 | **Estado** | Pago Exitoso |