Anexo 2

Factura #10702

## COLSYSTEL

**Nit 2231710-1**
**Manzana B casa 12 Rincon del Pedregal**
**Ibague Tolima**
**3144740147 -3195638329**

COLSYSTEL

**Factura 10702**

### Cliente

**Hospital San jose Ortega Tolima**
NIT 890700967 -1
Dirección: Calle 6 No. 3-25
Teléfono: (608) 2258801

**Fecha** 25.03.2026
**Fecha Vencimiento** 28.03.2026

| Descripción | Unidades | Precio Unitario | Precio |
|---|---|---|---|
| Servicio de Internet periodo 26 de Febrero 2026 al 27 de Marzo 2026 | 1 | $ 750.000 | 750000,00 |
| | | | 0,00 |
| | | | 0,00 |
| | | | 0,00 |
| | | | 0,00 |
| | | | 0,00 |
| | | | 0,00 |
| | | | 0,00 |
| | | | 0,00 |
| | | | 0,00 |
| | | | 0,00 |

Observaciones / Instrucciones de pago:

| | |
|---|---|
| **Total parcial** | 750000,00 |
| **Descuento** | 0,00 |
| **Subtotal menos descuento** | 750000,00 |
| **Envío** | 0,00 |
| **TOTAL FACTURA** | **$ 750.000** |

**Términos y Instrucciones**
<Condiciones de pago (vencidas en el recibo, vencidas en 0 días)>

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que JAIRO JAVIER REMISIO LEYTON identificado(a) con CC 2231710 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

**APORTANTE: REMISIO LEYTON JAIRO JAVIER CC 2231710**

| Clave Planilla | Clave Pago | Tipo Planilla | Fecha Pago | Riesgo | Código | Administradora | Concepto | Periodo | Días | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 9503539878 | 245552819 | N | 2026-04-22 | EPS | EPS037 | NUEVA E.P.S. | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-03 | 30 | | | | | | | | A | | | | | | | | | |
| 9503539878 | 245552819 | N | 2026-04-22 | EPS | EPS037 | NUEVA E.P.S. | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-03 | 30 | | | | | | | | C | X | | | | | | | | |
| 9503539878 | 245552819 | N | 2026-04-22 | AFP | 25-14 | COLPENSIONES | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-03 | 30 | | | | | | | | A | | | | | | | | | |
| 9503539878 | 245552819 | N | 2026-04-22 | AFP | 25-14 | COLPENSIONES | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-03 | 30 | | | | | | | | C | X | | | | | | | | |
| 9503539878 | 245552819 | N | 2026-04-22 | ARL | 14-11 | ARL SURA | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-03 | 30 | | | | | | | | A | | | | | | | | | |
| 9503539878 | 245552819 | N | 2026-04-22 | ARL | 14-11 | ARL SURA | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-03 | 30 | | | | | | | | C | X | | | | | | | | |
| 9501665950 | 232260382 | I | 2026-04-17 | EPS | EPS037 | NUEVA E.P.S. | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-03 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9501665950 | 232260382 | I | 2026-04-17 | AFP | 25-14 | COLPENSIONES | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-03 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9501665950 | 232260382 | I | 2026-04-17 | ARL | 14-11 | ARL SURA | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-03 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9499944631 | 118492441 | I | 2026-03-06 | EPS | EPS037 | NUEVA E.P.S. | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-02 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9499944631 | 118492441 | I | 2026-03-06 | AFP | 25-14 | COLPENSIONES | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-02 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9499944631 | 118492441 | I | 2026-03-06 | ARL | 14-11 | ARL SURA | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-02 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9498077293 | 59703913 | I | 2026-02-13 | EPS | EPS037 | NUEVA E.P.S. | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-01 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9498077293 | 59703913 | I | 2026-02-13 | AFP | 25-14 | COLPENSIONES | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-01 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9498077293 | 59703913 | I | 2026-02-13 | ARL | 14-11 | ARL SURA | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-01 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Este certificado se expide el día 2026-05-12 a las 15:05.

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 2231710 | | REMISIO LEYTON JAIRO JAVIER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Manzana B Casa 12 Rincon del pedregal | ESPINAL-TOLIMA | 3112065091 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-03 | 2026-03 | 232260382 | 9501665950 | I | 2026/04/07 | 2026/04/17 | BANCOLOMBIA | 10 | $759,800 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | $2,600,000 | $416,000 | | | $2,600,000 | $325,000 | | | $0 | $0 | | | $2,600,000 | $13,600 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | | | $2,600,000 | $416,000 | | | $2,600,000 | $325,000 | | | $0 | $0 | | | $2,600,000 | $13,600 | | $0 | $0 |
| Ciudad: ESPINAL Depto: TOLIMA ( 1 Afiliados) | | | | | | | $2,600,000 | $416,000 | | | $2,600,000 | $325,000 | | | $0 | $0 | | | $2,600,000 | $13,600 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 2231710 | REMISIO JAIRO | | 25-14 | 30 | $2,600,000 | $416,000 | EPS037 | 30 | $2,600,000 | $325,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $2,600,000 | $13,600 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | | **Afiliados( 1)** | | | | $2,600,000 | $416,000 | | | $2,600,000 | $325,000 | | | $0 | $0 | | | $2,600,000 | $13,600 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 2231710 | | REMISIO LEYTON JAIRO JAVIER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Manzana B Casa 12 Rincon del pedregal | ESPINAL-TOLIMA | 3112065091 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-03 | 2026-03 | 232260382 | 9501665950 | I | 2026/04/07 | 2026/04/17 | BANCOLOMBIA | 10 | $759,800 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $416,000 | $2,900 | $0 | $418,900 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $416,000 | $2,900 | $0 | $418,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $13,600 | $100 | $0 | $13,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $13,600 | $100 | $0 | $13,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $325,000 | $2,200 | $0 | $327,200 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $325,000 | $2,200 | $0 | $327,200 |
| TOTAL | | | | 1 | $754,600 | $5,200 | $0 | $759,800 |

aportes en línea

Empresas Independientes Administradoras Datos en línea Medios de pago Centro de ayuda

Presencial

Electrónico

Inicio Autoservicio - Verificar planilla

# Verificar planilla

Verifica la validez de una planilla de aportes a seguridad social.

## Ingresa la siguiente información

Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

Número de documento

2231710

EPS

NUEVA E.P.S.

Valor aportado a EPS

325000

Clave de pago

9501665950

Periodo de cotización (salud)

2026 03

No soy un robot

Este sitio expira la cuota diaria de reCAPTCHA Enterprise

reCAPTCHA

## Planilla válida

**Importante:** La información suministrada es correcta y corresponde a un pago registrado en nuestro sistema.

Aceptar

¿Tienes otr

Selecciona la opc

Liquida y paga tu planilla

**CERTIFICADO DE EJECUCION DE CONTRATO**

**EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO NRO. 052 DE 2026**

**CERTIFICA**

En mi calidad de supervisor designado para ejercer la coordinación, control y vigilancia del contrato Nro. 052- 2026 Del 27 de Enero de 2026 Prestación de servicios cuyo objeto es "CONTRATAR LOS SERVICIOS DE PROVEER INTERNET, FIBRA OPTICA PARA LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DEL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E." **y el (a)** JAIRO JAVIER REMISIO LEYTON - COLSYSTEL, identificado con cedula de ciudadanía número 2.231.710 DE IBAGUE, 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 SEGUNDO *PAGO*** correspondiente al valor de **SETE CIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($750.000) M/CTE**. Por Proveer servicio de internet durante el periodo comprendido entre el día **26 de Febrero A 27 de Marzo del 2026** del contrato de prestación Servicios 052- 2026.

Vigilado Supersalud

| BALANCE DEL CONTRATO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DETALLE | PAGADO | VALOR EJECUTADO | % EJECUTADO | SALDO POR EJECUTAR |
| VALOR INICIAL | $4.500.000 | | | $4.500.000 |
| PRIMER PAGO | $ 750.000 | $ 750.000 | 16.66% | $ 3.750.000 |
| SEGUNDO PAGO | $ 750.000 | $750.000 | 16.66% | $3.000.000 |
| **TOTALES** | | $750.000 | 33.32% | $ 3.00.000 |

La presente certificación se expide en Ortega Tolima, el día 13 de MAYO del 2026.

**JENNYFFER TATIANA SANTIAGO PEREZ**
**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Vigilado Supersalud

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141077398971

(415)7707212489984(8020) 000014107739897 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 2 2 3 1 7 1 0 | 1 | Impuestos y Aduanas de Ibagué 9 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación |
|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 2 2 3 1 7 1 0 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| REMISIO | LEYTON | JAIRO | JAVIER |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| COLSYSTEL | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Tolima 7 3 | San Antonio 6 7 5 |

41. Dirección principal: CL 6 7 39 BRR CENTRO

42. Correo electrónico: jairojavierremisio@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 4 4 7 4 0 1 4 7 | 3 1 9 5 6 3 8 3 2 9 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 2 2 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

54. Código

### Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 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

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:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

Página 2 de 3 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141077398971

(415)7707212489984(8020) 000014107739897 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 2 2 3 1 7 1 0 | 1 | Impuestos y Aduanas de Ibagué | 9 |

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | | 63. Formas asociativas | | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 9 | |
| 72. Número | | |
| 73. Fecha | | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 1 6 0 5 0 4 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 0 0 2 6 7 1 1 3 | |
| 78. Departamento | 7 3 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 1 6 | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | | |
| 81. Hasta | | |

## Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

## Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | - |
| 2 | | | | - |
| 3 | | | | - |
| 4 | | | | - |
| 5 | | | | - |

## Vinculación económica

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|
| | | | |

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 3 de 3 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141077398971

(415)7707212489984(8020) 000014107739897 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 2 2 3 1 7 1 0 | | Impuestos y Aduanas de Ibagué | 9 |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Actividades de telecomunicaciones alámbricas 6 1 1 0 | |
| 162. Nombre del establecimiento: COSYSTEL | | |
| 163. Departamento: Tolima 7 3 | 164. Ciudad/Municipio: San Antonio 6 7 5 | |
| 165. Dirección: CL 6 N 7 39 | | |
| 166. Número de matrícula mercantil: 2 6 7 1 1 3 | 167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 0 8 0 5 2 8 | |
| 168. Teléfono: 2 2 5 8 0 5 4 | 169. Fecha de cierre: 2 0 1 4 0 1 1 7 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Comercio al por menor de computadores, equipos periféricos, programas de 4 7 4 1 | |
| 162. Nombre del establecimiento: COLSYSTEL | | |
| 163. Departamento: Tolima 7 3 | 164. Ciudad/Municipio: San Antonio 6 7 5 | |
| 165. Dirección: CL 6 7 39 BRR CENTRO | | |
| 166. Número de matrícula mercantil: 0 0 2 6 7 1 1 4 | 167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 1 6 0 5 0 4 | |
| 168. Teléfono: 3 1 1 2 0 6 5 0 9 1 | 169. Fecha de cierre | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| 162. Nombre del establecimiento: | | |
| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
| 165. Dirección | | |
| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

BBVA
Creando Oportunidades

# BBVA Colombia
# NIT 860.003.020-1
# Certifica

Que nuestro(a) cliente **JAIRO JAVIER REMISIO LEYTON**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 2.231.710** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 362648156** aperturada el **19 de septiembre de 2019**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **24** días del mes de **abril** del año **2025**.

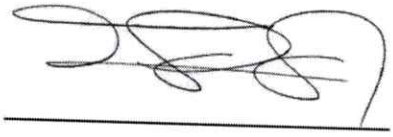
---

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0362648156**
Cuenta de 16 dígitos: **0362000200648156**
Cuenta de 20 dígitos: **00130362000200648156**

---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

| | 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 | | 17/4/2026 |

| HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E | | | |
|---|---|---|---|
| INFORME NÚMERO: | 2 | FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa) | 20/5/2026 |

**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: | 052 | FECHA : (dd/mm/aa) | 27/1/2026 |
| CONTRATISTA: | | JAIRO JAVIER REMISIO LEYTON | | No. PROCESO SECOP II | CD HSJ 052-2026 |
| VALOR INICIAL: | | $ 4.500.000,00 | | NIT Y/O CC: | 2231710 |
| CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: | | 059 DEL 27/01/2026 | | PLAZO INICIAL: | SEIS MESES |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: | | JENNYFFER TATIANA SANTIAGO PEREZ | | RP(S) INICIAL / VIGENCIA: | 055 DEL 27/01/2026 |
| CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR: | | administracion@hospitalsanjoseortega.gov.co | | FECHA DE DESIGNACIÓN | Contrato 052 27/01/2026 |
| FECHA ELABORACIÓN DEL ACTA DE INICIO: | | 27/01/2026 | | FECHA DE INICIO: | 27/1/2026 |

**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 |

**INFORMACION SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, O RESOLUCIONES EN TEMAS DE VALOR, PLAZO E IMPUTACION PRESUPUESTAL**

| TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN NÚMERO: | NUMERO 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 |

**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 | SI | SEGÚN CERTIFICACION DE EXPEDIDA POR : | | N/A |
| ENTIDAD PUBLICA: (Marque con una X) | SI | TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL: | | PAGO POR PERÍODOS |
| PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO: | | 26/02/2026 AL 27/03/2026 | | |
| 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 | | 10702 | FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: | 25/3/2026 |

## 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: | 9501665950 | MES DE COTIZACIÓN: | MARZO |
| FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O ISOR FISCAL: | N/A | MES DE COTIZACIÓN: | N/A |

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 PENSION | 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 |
|---|---|---|
| 2450208002 | 055 DEL 27/01/2026 | $ 750.000,00 |
| | | $ - |
| VALOR TOTAL PRESENTE PAGO: | | $ 750.000,00 |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR PRESENTE PAGO | | |
| VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO PERIODO) | | |
| BALANCE DEL CONTRATO | | |
| VALOR INICIAL CONTRATO | | $ 4.500.000,00 |
| VALOR TOTAL CONTRATO (ADICIONES) | | $ - |
| VALOR TOTAL PAGOS ANTERIORES | | $ 750.000,00 |
| VALOR PRESENTE PAGO | | $ 750.000,00 |
| VALOR SALDO POR EJECUTAR | | $ 3.000.000,00 |

## VI. GARANTIAS

| ASEGURADORA | AMPARO | VIGENCIA | ALOR ASEGURAD | F. DE EXPEDICIÓN | | F. DE APROBACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

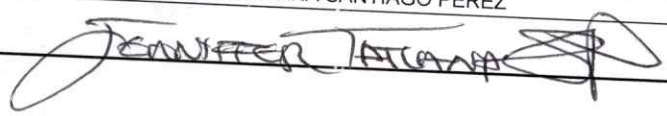
## VII. INFORMACION CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACION PRESENTE PAGO

| NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA | TIPO CUENTA BANCARIA | NUMERO CUENTA BANCARIA |
|---|---|---|
| BANCO BBVA COLOMBIA | AHORROS | 362648156 |

## 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.

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

| | |
|---|---|
| **NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es)** | JENNYFFER TATIANA SANTIAGO PEREZ |
| **FIRMA(s):** |  |

| | 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 | | 17/4/2026 |

**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.Instalar 25 megas de internet distribuido en las diferentes dependencias de las instalaciones del Hospital San José de Ortega. | Se instalaron las 25 megas de internet, teniendo en cuenta la distribucion que designò la Entidad. | Internet - Red electrica | Tester Internet | N/A |
| 2.Realizar la asistencia técnica para el normal funcionamiento del servicio de internet de acuerdo con lo estipulado en las obligaciones del contrato. | Durante el periodo ejecutado se realizò la asistencia tecnica requerida por la entidad, para llevar a cabo el normal funcionamiento del servicio de internet. | Buen servicio de Internet | Red electrica completa y en buen estado | N/A |
| 3.Velar por el buen funcionamiento del servicio que prestará al Hospital San José de Ortega, para lo cual prestará asistencia técnica en un término no menor a 2 horas para garantizar la continuidad del servicio. | El contratista cumplio eficazmente con la acitivdad, brindando assitencia tecnica y revisando la red de internet. | Buen servicio de Internet | Red electrica completa y en buen estado | N/A |
| 4.Garantizar la continuidad, estabilidad y calidad del servicio durante toda la ejecución del contrato. | El contratista brindò un buen servicio durante el periodo ejecutado. | Buen servicio de Internet | Red electrica completa y en buen estado | N/A |
| 5.Cumplir con todas las condiciones y exigencias establecidas en las normas legales vigentes que regulan la prestación del servicio de internet como operador. | Cumpliò con el objeto del contrato de acuerdo a las normas legales vigentes. | Buen servicio de Internet | Red electrica completa y en buen estado | N/A |
| 6.El contratista será responsable que el servicio ofrecido cuente con todos los requerimientos técnicos de operación que permita una adecuada y segura operación, todos los permisos seguros exigidos en las normas legales vigentes. | El contratista respondiò eficazmente con el servicio de internet, brindando un servicio completo, con todos los requerimientos tecnicos para llevar a cabo una buena prestacion del servicio de internet. | Buen servicio de Internet | Red electrica completa y en buen estado | N/A |
| 7.Cumplir con todos los documentos exigidos para la contratación y mantenerlos actualizados, en especial los pagos al sistema de seguridad social. | El contratista cumpliò responsable y puntualmente con todos los documentos exigidos, tambièn con el pago mensual de la seguridad social. | Area de contrataciòn | Carpeta del contrato | N/A |
| 8.Las demás que se requieran de acuerdo a la naturaleza del contrato. | El contratista estuvo presto y atendiò los requerimientos por parte de la supervisora del contrato y la gerencia. | Supervisora del contrato | Gerencia | N/A |

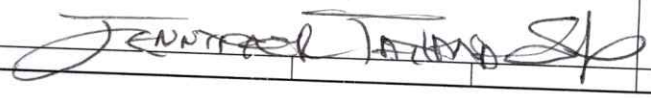
| RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATANTE | ACTIVIDADES DESARROLLADAS | EVIDENCIA | MECANISMO DE VERIFICACION | OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Facilitar al contratista las condiciones (suministro de información, documentación y demás elementos), que le 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 interventoria 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.

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

| | | |
|---|---|---|
| **NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) :** | **JENNYFFER TATIANA SANTIAGO PEREZ** | |
| **FIRMA:** |  | |

HOSPITAL SAN JOSE ORTEGA - TOLIMA

# HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA

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

**CUENTA POR PAGAR**
**No.12389**
**Fecha: 28/05/2026**

**Tercero**

**CC 2231710 JAIRO JAVIER REMISIO LEYTON**
**Dirección:** BARRIO TECHITOS **Teléfono:** 3195638329
**Documento Presupuestal:** COM - 55 **Documento Externo:** 10702 **Fecha Doc Externo:** 28/05/2026 **Fecha De Venc:** 27/06/2026

**Descripción**

CONTRATAR LOS SERVICIOS DE PROVEER INTERNET, FIBRA OPTICA PARA LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DEL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.SE

| | Centro de Costos | Valor |
|---|---|---|
| 0 | IPS | $750.000.00 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | **$750.000.00** |
| **I.V.A:** | **$0.00** |
| **Total:** | **$750.000.00** |

**Son**

SETECIENTOS CINCUENTA 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.18866**
**Fecha: 28/05/2026**

**Tercero**

CC 2231710 **JAIRO JAVIER REMISIO LEYTON**
Dirección: BARRIO TECHITOS Teléfono: 3195638329

**Datos del Pago**

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

**Concepto**

SE CANCELA LOS SERVICIOS DE PROVEER INTERNET, FIBRA OPTICA PARA LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DEL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.SE. SEGUNDO PAGO DEL CONTRATO NRO. 052 DEL 2026. PERIODO DEL 26 FEBRERO AL 27 DE MARZO DEL 2026. SEGUN FACTURA 10702.

| Documento | Numero | Factura Documento | Factura Numero | Fecha | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| CUENTA POR PAGAR | 12389 | FCP | 10702 | 28/05/2026 | $750.000.00 |

**Total : $750.000.00**

**Edición Contable**

| Codigo | Cuenta | Deber | Haber |
|---|---|---|---|
| 249051 | Servicios publicos | $750.000.00 | |
| [illegible]402401 | SOBRETASA BOMBERIL | | $263.00 |
| [illegible]4004 | RETENCION DE INDUSTRIA Y COMERCIO | | $5.250.00 |
| 24360501 | Retencion por servicios 4% | | $30.000.00 |
| 11100508 | Davivienda 166969999829 | | $714.487.00 |
| | **Total** | **$750.000.00** | **$750.000.00** |

**SON**

SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE

ORDEDNO

BENEFICIARIO

DIANA MARCELA CAMPOS BARRIOS
GERENTE
53122713

DAVIVIENDA

## Comprobante de Pago

**02/6/2026 - 17:35**

| Datos del Proceso de Pago | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA EMPRESA SOCIAL DEL EST |
| **Nombre Proceso** | PAGO A PROVEEDORES 28 DE MARZP DE 2026 |
| **Cuenta Origen de los Fondos** | OFICIAL SIN SOBREGIRO - 560166969999829 |
| **Fecha del Pago** | 28/05/2026 |
| **Hora del Pago** | 17:10 |

| Detalle Proceso de Pago | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 2231710 | **Referencia** | 0000000000000000 |
| **Nombre** | 0 0 | | |
| **Producto o Servicio Destino** | 362648156 | **Entidad destino** | BBVA |
| **Valor** | $ 714.487,00 | **Estado** | Pago Exitoso |