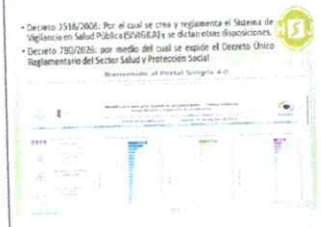
	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GC-FO-60
	INFORME DE CONTRATO DE ACTIVIDADES		Versión: 01
			Fecha: 15/01/2025

Nombre del Contratista: JOAQUIN MIGUEL ZULUAGA GONZALEZ **Cedula:** 93.394.565 DE IBAGUE TOLIMA	**Contrato No 180 – 2026** **FECHA DEL CONTRATO: 30/07/2026** **Valor:** $ 21.000.000
Certificado de disponibilidad presupuestal No. 302 - 2026	**Certificado de registro presupuestal** No. 442 - 2026
Forma de Pago: El Hospital San José de Ortega E.S.E. cancelará al contratista el valor total del contrato en Tres (03) pagos, cada pago se realizará en períodos de treinta (30) días calendario. En cada periodo se cancelará honorarios de CINCO MILLONES DE PESOS ($5.000.000) M/CTE, correspondientes a las actividades propias de Coordinador Médico; Adicionalmente, se reconocerá el valor correspondiente a los servicios asistenciales prestados como Médico General, de conformidad con las necesidades del servicio, los cuales se cancelara el valor de TREINTA Y OCHO MIL PESOS ($38.000) M/CTE por hora, de acuerdo con las horas efectivamente prestadas, previamente autorizadas y certificadas por el supervisor del contrato en dicho periodo.	**Fecha Acta de inicio:** 30/07/2026
Pago No. 01 **Porcentaje ejecutado: 24 %** **pendiente de pago: $ 5.000.000**	**Planilla de seguridad social: 6033613393** **Valor pagado: $ 618.800**
Objeto del Contrato: contratar la prestación de servicios profesionales de un coordinador médico para el hospital San José de Ortega E.S.E.	

En virtud del objeto del contrato se desarrollaron las siguientes actividades; durante el periodo del 30 de julio al 28 de agosto de 2026.

Vigilado Supersalud

	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GC-FO-60
	INFORME DE CONTRATO DE ACTIVIDADES		Versión: 01
			Fecha: 15/01/2025

ITEM DE ACTIVIDAD	OBLIGACIÓN ESPECIFICAS	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA FOTOGRÁFICA
1	Prestar sus servicios profesionales como Coordinador Médico del personal asistencial y de los procesos de atención en las áreas de urgencias, observación, partos, hospitalización, consulta externa y de PYM.	Durante el periodo ejecutado, presté los servicios profesionales como Coordinador Médico, liderando y supervisando el personal asistencial y los procesos de atención en las áreas de urgencias, observación, sala de partos, hospitalización, consulta externa y programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud.	
2.	Dar cumplimiento a los Comités de Calidad, Historias Clínicas y los demás comités requeridos por la Gerencia.	Cumplí con la realización y participación activa en los Comités de Calidad, Comité de Historias Clínicas y demás comités institucionales requeridos por la Gerencia, garantizando el seguimiento, control y mejora continua de los procesos asistenciales.	  

Vigilado Supersalud

3	Realizar Auditoría de Historias Clínicas.	Realicé auditoría de historias clínicas de manera periódica, con el objetivo de evaluar la calidad de los registros asistenciales y el cumplimiento de la normatividad vigente en la prestación de los servicios de salud.	
4	Revisar el diligenciamiento de todos los registros de competencia sobre atención médica, corregir y hacer cumplir las normas sobre manejo de las historias clínicas y confidencialidad de la información o secreto profesional de acuerdo con los criterios establecidos en la normatividad vigente en la materia.	Realicé la revisión permanente del diligenciamiento de los registros relacionados con la atención médica, con el fin de garantizar su calidad, integridad y cumplimiento de la normatividad vigente en materia de historias clínicas y confidencialidad de la información.	
5.	Garantizar el correcto diligenciamiento de la Historia Clínica por parte de los Médicos, corregir y controlar que estos mismo cierren todas y cada una de las historias en el Sistema a diario.	Garanticé el correcto diligenciamiento de la Historia Clínica por parte del personal médico, mediante actividades de verificación, control y seguimiento continuo en el sistema de información institucional.	
6.	Prestar sus servicios como médico general en las diferentes áreas del hospital, incluyendo la realización de valoraciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes, así como la prescripción adecuada y justificada de medicamentos, exámenes	Presté los servicios como médico general en el área de urgencias del hospital, según la necesidad requerida por el servicio. Realizando atención integral a los pacientes mediante la valoración clínica, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías presentadas.	

Vigilado Supersalud

	de laboratorio, estudios diagnósticos y procedimientos menores, en cumplimiento con los protocolos clínicos, normativas vigentes.		
7.	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.	Elaboré y presenté de manera oportuna los informes mensuales sobre el desarrollo y avance de las actividades ejecutadas en cumplimiento del contrato, los cuales fueron entregados al supervisor designado para su revisión, seguimiento y certificación del cumplimiento.	
8.	Al finalizar el contrato, el contratista deberá entregar los archivos a su cargo debidamente inventariados.	Para el periodo ejecutado, llevé a cabo el correcto orden e inventario de la documentación a Mi cargo, teniendo en cuenta que es la primera cuenta de cobro del contrato en ejecución.	
9.	El contratista deberá realizar la entrega total, completa, foliada y en debida forma de todos los documentos generados durante la ejecución contractual de forma mensual.	Para la presente cuenta no entregué documentación foliada, debido a que todo se ha manejado de forma digital.	
10.	El contratista deberá presentar para el trámite del último pago, paz y salvo expedido por el supervisor del contrato, donde conste el cumplimiento de las obligaciones y la entrega total de la documentación	Para la presente cuenta no se presentó el paz y salvo debido a que, es la primera cuenta de cobro del contrato en ejecución.	

Vigilado Supersalud

	generada durante su ejecución.		
11.	El contratista deberá brindar apoyo, elaborar respuestas y suministrar la información y soportes requeridos para la atención y tramite oportuno de peticiones, quejas, reclamos y requerimientos y demás solicitudes presentadas dando cumplimiento a los términos y lineamientos establecidos en la Circular Externa 20231510000000010-5 de 2023 de la Superintendencia Nacional de Salud.	Brindé apoyo en la elaboración de respuestas, gestión y suministro oportuno de la información y soportes requeridos para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos y demás requerimientos presentados por los usuarios y entes de control, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Circular Externa 20231510000000010-5 de 2023 de la Superintendencia Nacional de Salud.	
12.	Las demás que se requieran de acuerdo con la naturaleza del contrato	Atendí oportunamente las solicitudes y/o requerimientos por parte de la supervisora del contrato, brindando apoyo de coordinación medica.	

Cordialmente,

JOAQUIN MIGUEL ZULUAGA GONZALEZ
C.C. 93.394.565 DE IBAGUÉ TOLIMA
MEDICO GENERAL

Vigilado Supersalud

	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GC-FO-88
	FORMATO DE OFICIO		Versión: 01
			Fecha: 15/01/2025

Ortega, 20 de agosto de 2026

Doctor:

OSCAR JIMENEZ
Médico

ASUNTO: Queja atención medica paciente HC 1007248291 08/06/2026

Buen día Doctor, remito para su conocimiento escrito de queja de la señora ESMERALDA LOAIZA VERA madre de la paciente indicada en el asunto con el fin de presentar su oportuna respuesta de manera escrita al respecto indicando su punto de vista ante ello, toda vez que debemos dar respuesta por escrito a la persona que interpuso el documento.

Agradezco su atención;

Joaquin Miguel Zuluaga González
Coordinador Médico
Hospital San José de Ortega
ANEXO: formato de oficio de queja

Vigilado Supersalud

	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GC-FO-88
	FORMATO DE OFICIO		Versión: 01
			Fecha: 15/01/2025

Ortega, 20 de agosto de 2026

Doctora:

ELISA ALEJANDRA MEJIA PORTILLO
Médico

ASUNTO: Queja atención medica paciente HC 1007248291 12/06/2026

Buen día Doctor, remito para su conocimiento escrito de queja de la señora ESMERALDA LOAIZA VERA madre de la paciente indicada en el asunto con el fin de presentar su oportuna respuesta de manera escrita al respecto indicando su punto de vista ante ello, toda vez que debemos dar respuesta por escrito a la persona que interpuso el documento.

Agradezco su atención;

Joaquin Miguel Zuluaga González
Coordinador Médico
Hospital San José de Ortega
ANEXO: formato de oficio de queja

Vigilado Supersalud

HSJ	HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	SALUD	CODIGO: GC-FO-59 FECHA: 15/01/2025 VERSION: 02
	DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA		

(DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITOS EN EL RÉGIMEN SIMPLIFICADO)

FECHA DE ELABORACIÓN			NÚMERO
DD	MM	AAAA	
29	8	2026	1

PERÍODO COBRADO						
	DD			DD	MM	AAAA
DEL	30	JULIO	AL	28	AGOSTO	2026

INFORMACIÓN DEL VENDEDOR

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
	TIPO:	NÚMERO	DV
JOAQUIN MIGUEL ZULUAGA GONZALEZ	[x] C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [ ] OTRO	93394565	1
DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**NÚMERO TELÉFONO**	**CORREO**
MANZANA 47 CASA 2 ETAPA 8 BARRIO JORDAN	IBAGUE	3164043258	jomizugo@hotmail.com

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	IDENTIFICACIÓN		
	TIPO	NÚMERO	DV
HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA	NIT	890700967	1

FECHA	CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR DE LA OPERACIÓN	
			VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
12/05/2026	1	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN COORDINADOR MEDICO PARA EL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E.	$ 5.000.000	$ 5.000.000

TOTAL	$ 5.000.000
RTE FTE (%)	
RTE ICA (por mil)	
TOTAL A PAGAR	
BASE GRAVABLE	
IVA	
RTE IVA (%)	

VENDEDOR

En cumplimiento de lo señalado en el literal j) Artículo 617 del Estatuto Tributario, manifesto bajo la gravedad del juramento que he cumplido con la afiliación y el pago de los aportes a las Seguridad Social correspondientes a los ingresos objeto de esta factura bajo el número de planilla 6033613393 y que estos aportes no han servido de base para disminuir la retención en la fuente en otros cobros. Declaro que soy del régimen simplificado y según el Artículo 511 del Estatuto Tributario no estoy obligado a expedir factura de venta

ANEXOS (Marque con una "X")

[X] Aportes ARL [ ] Aportes AFC o Pensiones Voluntaruas

[X] Aportes Salud [X] Aportes Pensiones

ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DEL COMPRADOR

NÚMERO CONSECUTIVO

FECHA DE RECIBO

DD MM AAAA

INFORMACIÓN PARA DISMINUCIONES DE LA BASE DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

CONCEPTO	NOMBRE ENTIDAD A LA QUE APORTA	BASE DE APORTE	VALOR APORTADO	FECHA PAGO APORTES		
				DD	MM	AAAA
Aportes Obligatorios a Salud	SANITAS	$ 2.000.000	$ 250.000,00	28	8	2026
Aportes Obligatorios a Pensión	PROTECCION	$ 2.000.000	$ 320.000,00	28	8	2026
Aportes ARP	POSITIVA	$ 2.000.000	$ 48.800,00	28	8	2026
Aportes Voluntarios a Pensión						
Aportes Voluntarios AFC						

93,394,565

La información aquí consagrada se entiende bajo la gravedad del juramento, de acuerdo con el Artículo 442 del Código Penal y en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 13 de la Ley 1527 de 2012, reglamentado por el Decreto 1950 de 2012

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	93394565
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOAQUIN MIGUEL ZULUAGA GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	JOMIZUGO@GMAIL.COM	TELEFONO:	2658176
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	6033613393	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2026				
DIAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/08/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	600964366				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 0	$ 320.000
SUBTOTALES:										**$ 320.000**	**$ 0**	**$ 320.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 250.000
SUBTOTALES:													**$ 250.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 250.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 48.800	$ 48.800	$ 0	$ 0	$ 48.800
SUBTOTALES:									**$ 48.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 48.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	93394565
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOAQUIN MIGUEL ZULUAGA GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	JOMIZUGO@GMAL.COM	TELÉFONO:	2658176
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6033613393**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	agosto	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026		AÑO:	2026	
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/08/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	600964366		

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 320.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 320.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 250.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 250.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 48.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 48.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 618.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 618.800**

Planilla Pagada

Bancolombia

27 Ago 2026 19:18

Comprobante en línea

Pago PSE

Pago exitoso
CUS 600964366

Comercio
SOI ACH

Fecha
27 Ago 2026 19:18

Número de factura
6033613393

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Número de comprobante
TR260827191855f7qjZf

Producto origen
Cuenta de ahorros
****** 6430**

Referencia 1
10.80.25.153

Referencia 2
CC

Referencia 3
93394565

Valor del Pago
$618.800

Costo de la transacción
$ 0

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE EJECUCION DE CONTRATO

EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO NRO. 180 DE 2026

CERTIFICA

En mi calidad de supervisor designado para ejercer la coordinación, control y vigilancia del contrato Nro. 180 el 30 de julio de 2026 Prestación de servicios cuyo objeto es **"CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN COORDINADOR MEDICO PARA EL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E."** Suscrito entre el Hospital SAN JOSE E.S.E del Municipio Ortega y el (a) **JOAQUIN MIGUEL ZULUAGA GONZALEZ**, identificado con cedula de ciudadanía número 93.394.565 DE IBAGUE 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 *PRIMER PAGO*** correspondiente al valor de **CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE (5.000.000,00 COP)**. Por desarrollo de actividades realizadas durante el periodo comprendido entre el día **TREINTA (30) DE JULIO al día VEINTIOCHO (28) DE AGOSTO DE 2026** del contrato de prestación de Servicios 180 DE 2026

Vigilado Supersalud

BALANCE DEL CONTRATO				
DETALLE	VALOR DEL CONTRATO	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO EN PESOS	SALDO POR EJECUTAR
VALOR INICIAL	.$ 21.000.000,00	$	0,0 %	$ 21.000.000,00
PRIMER PAGO		$ 5.000.000,00	24%	$ 16.000.000,00
TOTALES	**$ 21.000.000,00**	**$ 5.000.000,00**	**24%**	**$ 16.000.000,00**

La presente certificación se expide en Ortega Tolima, el día 29 de Agosto del 2026.

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

Vigilado Supersalud

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141039569230

(415)7707212489984(8020) 000014103956923 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 3 3 9 4 5 6 5	8	Impuestos y Aduanas de Ibagué	9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	9 3 3 9 4 5 6 5	

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
ZULUAGA	GONZALEZ	JOAQUIN	MIGUEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal
MZ 47 CA 2 ET 8 BRR JORDAN

42. Correo electrónico	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
jomizugo@hotmail.com	3 1 6 4 0 4 3 2 5 8	3 1 3 3 4 9 1 8 0 2

43. Código postal

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
8 6 1 0	2 0 1 8 0 7 2 7	8 6 2 1	2 0 1 8 0 7 2 7	8 6 9 9		1 4 1 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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 ZULUAGA GONZALEZ JOAQUIN MIGUEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 30-06-2025 10:46:08PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación
Bancaria

Jueves, 06 de agosto de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que JOAQUIN MIGUEL ZULUAGA GONZALEZ identificado(a) con CC 93394565, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	06814516430	2020-10-14	Activo	*****

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

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

	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA 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:	1	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	1/09/2026

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:	180	FECHA : (dd/mm/aa)	30/07/2026
				No. PROCESO SECOP II	CD HSJ 180-2026
CONTRATISTA:		JOAQUIN MIGUEL ZULUAGA GONZALEZ		NIT Y/O CC:	93394565
VALOR INICIAL:		$ 21.000.000,00		PLAZO INICIAL:	90 DIAS
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA:		302 DEL 30/07/2026		RP(S) INICIAL / VIGENCIA:	442 DEL 30/07/2026
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME:		JENNYFFER TATIANA SANTIAGO PEREZ		FECHA DE DESIGNACIÓN	Contrato 180 30/07/2026
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		administracion@hospitalsanjoseortega.gov.co			
FECHA ELABORACIÓN DEL ACTA DE INICIO:		30/07/2026		FECHA DE INICIO:	30/07/2026

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

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 X)	SI	SEGÚN CERTIFICACIÓN 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:		30/07/2026 AL 28/08/2026			
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		1	FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR:		1/09/2026

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 período que comprende el presente pago) (adicione filas si es necesario)

PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No:	6033613393	MES DE COTIZACIÓN:	AGOSTO
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR 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 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
2120202008001	442 DEL 30/07/2026	$ 5.000.000,00
2450209002	442 DEL 30/07/2026	$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:		$ 5.000.000,00

VALOR PRESENTE PAGO

VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO PERIODO)

BALANCE DEL CONTRATO

VALOR INICIAL CONTRATO		$ 21.000.000,00
VALOR TOTAL CONTRATO (ADICIONES)		$ -
VALOR TOTAL PAGOS ANTERIORES		
VALOR PRESENTE PAGO		$ 5.000.000,00
VALOR SALDO POR EJECUTAR		$ 16.000.000,00

VI. GARANTIAS

ASEGURADORA	AMPARO	VIGENCIA	VALOR ASEGURADO	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
BANCOLOMBIA	AHORROS	06814516430

VII. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:

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(s):	

	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA 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
1.Prestar sus servicios profesionales como Coordinador Médico del personal asistencial y de los procesos de atención en las áreas de urgencias, observación, partos, hospitalización, consulta externa y de PYM.	Durante el periodo ejecutado, el profesional prestó los servicios profesionales como Coordinador Médico, liderando y supervisando el personal asistencial y los procesos de atención en las áreas de urgencias, observación, sala de partos, hospitalización, consulta externa y programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud.	Informe de actividades	Informe de actividades, Sistema SIHOS	
2.Dar cumplimiento a los Comités de Calidad, Historias Clínicas y los demás comités requeridos por la Gerencia.	El profesional cumplió con la realización y participación activa en los Comités de Calidad, Comité de Historias Clínicas y demás comités institucionales requeridos por la Gerencia, garantizando el seguimiento, control y mejora continua de los procesos asistenciales.	Anexo acta del comité de etica y planilla de asistencia	Informe de actividades	
3.Realizar Auditoría de Historias Clínicas.	El profesional en coordinación medica cumplió con la auditoría de historias clínicas de manera periódica, con el objetivo de evaluar la calidad de los registros asistenciales y el cumplimiento de la normatividad vigente en la prestación de los servicios de salud.	Sistema SIHOS	Sistema SIHOS	
4.Revisar el diligenciamiento de todos los registros de competencia sobre atención médica, corregir y hacer cumplir las normas sobre manejo de las historias clínicas y confidencialidad de la información o secreto profesional de acuerdo con los criterios establecidos en la normatividad vigente en la materia.	El profesional realizó la revisión permanente del diligenciamiento de los registros relacionados con la atención médica, con el fin de garantizar su calidad, integridad y cumplimiento de la normatividad vigente en materia de historias clínicas y confidencialidad de la información.	Sistema SIHOS	Sistema SIHOS	
5.Garantizar el correcto diligenciamiento de la Historia Clínica por parte de los Médicos, corregir y controlar que estos mismo cierren todas y cada una de las historias en el Sistema a diario.	Se garantizó el correcto diligenciamiento de la Historia Clínica por parte del personal médico, mediante actividades de verificación, control y seguimiento continuo en el sistema de información institucional.	Auditoria de historias clinicas	Sistema SIHOS, Coordinador medico	
6.Prestar sus servicios como médico general en las diferentes áreas del hospital, incluyendo la realización de valoraciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes, así como la prescripción adecuada y justificada de medicamentos, exámenes de laboratorio, estudios diagnósticos y procedimientos menores, en cumplimiento con los protocolos clínicos, normativas vigentes.	Se prestaron los servicios como médico general en el área de urgencias del hospital, según la necesidad requerida por el servicio, realizando atención integral a los pacientes mediante la valoración clínica, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías presentadas.	Supervisora del contrato	Supervisora del contrato	
7.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 profesional elaboró y presentó de manera oportuna los informes mensuales sobre el desarrollo y avance de las actividades ejecutadas en cumplimiento del contrato, los cuales fueron entregados al supervisor designado para su revisión, seguimiento y certificación del cumplimiento.	Informe de actividades	Radicado a la supervisora del contrato	
8.Al[illegible]izar el contrato, el contratista deberá entregar los archivos a su cargo debidamente inventariados.	Se llevó a cabo el correcto orden e inventario de la documentación a cargo durante el periodo ejecutado, teniendo en cuenta que corresponde a la primera cuenta de cobro del contrato en ejecución.	Supervisora del contrato	Supervisora del contrato	
9.El contratista deberá realizar la entrega total, completa, foliada y en debida forma de todos los documentos generados durante la ejecución contractual de forma mensual.	Para la presente cuenta no se entregó documentación foliada, debido a que toda la información se ha manejado de forma digital.	N/A	N/A	
10.El contratista deberá presentar para el trámite del último pago, paz y salvo expedido por el supervisor del contrato, donde conste el cumplimiento de las obligaciones y la entrega total de la documentación generada durante su ejecución.	Para la presente cuenta no se presentó el paz y salvo, debido a que corresponde a la primera cuenta de cobro del contrato en ejecución.	N/A	N/A	
11.El contratista deberá brindar apoyo, elaborar respuestas y suministrar la información y soportes requeridos para la atención y tramite oportuno de peticiones, quejas, reclamos y requerimientos y demás solicitudes presentadas dando cumplimiento a los términos y lineamientos establecidos en la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023 de la Superintendencia Nacional de Salud.	Se brindó apoyo en la elaboración de respuestas, gestión y suministro oportuno de la información y soportes requeridos para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos y demás requerimientos presentados por los usuarios y entes de control, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023 de la Superintendencia Nacional de Salud.	Supervisora del contrato	Supervisora del contrato	

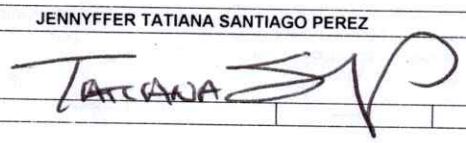
12.Las demás que se requieran de acuerdo con la naturaleza del contrato	Se atendieron oportunamente las solicitudes y/o requerimientos por parte de la supervisora del contrato, brindando apoyo de coordinación médica.			

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) :	**JENNYFFER TATIANA SANTIAGO PEREZ**
FIRMA:	

HOSPITAL SAN JOSÉ ORTEGA - TOLIMA

HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA

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

CUENTA POR PAGAR
No.12681
Fecha: 03/09/2026

Tercero

CC 93394565 JOAQUIN MIGUEL ZULUAGA GONZALEZ
Dirección: MZ 47 CA 2ET 8 BRR JORDAN **Teléfono:** 3164043258
Documento Presupuestal: COM - 442 **Documento Externo:** 18001 **Fecha Doc Externo:** 03/09/2026 **Fecha De Venc:** 03/10/2026

Descripción

CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN COORDINADOR MEDICO PARA EL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA ESE

Centro de Costos		Valor
000026	ADMINISTRACION	$5.000.000.00

Subtotal:	**$5.000.000.00**
I.V.A:	**$0.00**
Total:	**$5.000.000.00**

Son

CINCO MILLONES DE 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.19243
Fecha: 03/09/2026

Tercero

CC 93394565 **JOAQUIN MIGUEL ZULUAGA GONZALEZ**
Dirección: MZ 47 CA 2ET 8 BRR JORDAN Teléfono: 3164043258

Datos del Pago

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

Concepto

SE CANCELA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN COORDINADOR MEDICO PARA EL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA ESE. PRIMER PAGO DEL CONTRATO NRO. 180 DEL 2026. PERIODO DEL 30 DE JULIO AL 28 DE AGOSTO DEL 2026.

Documento	Numero	Factura			Valor
		Documento	Numero	Fecha	
CUENTA POR PAGAR	12681	FCP	18001	03/09/2026	$5.000.000.00

Total : $5.000.000.00

Edición Contable

Codigo	Cuenta	Deber	Haber
249055	Servicios	$5.000.000.00	
[illegible]4402401	SOBRETASA BOMBERIL		$1.750.00
[illegible]44004	RETENCION DE INDUSTRIA Y COMERCIO		$35.000.00
11100508	Davivienda 166969999829		$4.963.250.00
	Total	**$5.000.000.00**	**$5.000.000.00**

SON

CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE

ORDEDNO

BENEFICIARIO

DIANA MARCELA CAMPOS BARRIOS
GERENTE
53122713

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

08/9/2026 - 15:33

Datos del Proceso de Pago	
Nombre Empresa	HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA EMPRESA SOCIAL DEL EST
Nombre Proceso	PAGO A PROVEEDORES 04 DE SEPTIEMBRE DE 2026
Cuenta Origen de los Fondos	OFICIAL SIN SOBREGIRO - 560166969999829
Fecha del Pago	04/09/2026
Hora del Pago	17:57

Detalle Proceso de Pago			
Nit Destino	93394565	**Referencia**	0000000000000000
Nombre	0 0		
Producto o Servicio Destino	6814516430	**Entidad destino**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 4.963.250,00	**Estado**	Pago Exitoso