FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Cardona	Olmos	Diego Fernando

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 93406518	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 77101909665 D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 19 MES 10 AÑO 1977

PAÍS COLOMBIA

DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO IBAGUÉ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 6N 6 32 casa La Pola

PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO IBAGUÉ

TELÉFONO 2618235 EMAIL equimedicas1@yahoo.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1997
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	06	2002	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*
INGLÉS		X			X			X	

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ESPINAL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6082482818	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATANTE	*DEPENDENCIA* COMPRAS						*DIRECCIÓN* CALLE 4 6 29					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6082520526	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	05	*Año*	2024	*Día*	06	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATANTE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION - CONTRATACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 null null CALLE 10					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* HONDA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2513100	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	07	*Año* 2024	*Día*	10	*Mes*	08	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATANTE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CONTRATACION					*DIRECCIÓN* CL 9 AVENIDA CENTENARIO 16 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - DOLORES			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* DOLORES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2268040	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	02	*Año* 2024	*Día*	07	*Mes*	03	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATANTE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION - CONTRATACION					*DIRECCIÓN* CRA 6 9 02						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*				*DIRECCIÓN*						

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-05-21 11:33

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DIEGO	FERNANDO	CARDONA	OLMOS

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	93406518

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DEL GUAMO

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	GUAMO

Dirección	["CRA 9 NO. 5-50 GUAMO-TOLIMA"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	$6.658.699.451,00
TOTAL	$6.658.699.451,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA CORRIENTE	COLOMBIA	$1.245.122.461,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
BIENES RAICES	COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ	$405.901.465,00
VEHICULOS	COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ	$135.818.898,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
OBLIGACIONES FINANCIERAS Y PROVEEDORES	$997.697.842,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14830408254

(415)7707212489984(8020) 000001483040825 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
934065518	5	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 13	934065518	

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Tolima 73	Ibagué 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CARDONA	OLMOS	DIEGO	FERNANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
EQUIMEDICAS	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Tolima 73	Ibagué 001

41. Dirección principal: CR 6 6 30 BRR LA POLA

42. Correo electrónico: equimedicas1@yahoo.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
472	2612358	3203019306

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
4659	20070208	3312	20070802		4645	4220	2221	1

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	5	7	9	10	14	22	42	48	52																	

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
22- Obligado a cumplir deberes formales a
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código	23																			

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 61. Fecha: 2022-05-27 / 08:17:12AM

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: CARDONA OLMOS DIEGO FERNANDO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14830408254

(415)7707212489984(8020) **000001483040825 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 3 4 0 6 5 1 8	5	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 0 7 0 8 2 1	
77. No. Matrícula mercantil	1 8 4 4 3 5	
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	8 0	2 0 1 6 0 1 0 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
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 3 de 4 **Hoja 5**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14830408254

(415)7707212489984(8020) **000001483040825 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 3 4 0 6 5 1 8	5	Impuestos y Aduanas de Ibagué	9	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	9 3 3 9 0 0 8 5		6 1 9 9 9 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
BRAVO	OVIEDO	LUIS	RAMON

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 1 5 1 0 3 0

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 4 de 4 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14830408254

(415)7707212489984(8020) **000001483040825 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 3 4 0 6 5 1 8	5	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	Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p. 4 6 5 9	

162. Nombre del establecimiento: EQUIMEDICAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1	

165. Dirección: CR 6 6 30 BRR LA POLA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
1 8 4 4 3 6	2 0 0 7 0 8 2 1	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
2 6 1 2 3 5 8		

2

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	

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

CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE

CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE PERSONA NATURAL

Fecha expedición: 30/09/2026 - 09:28:56
Recibo No. S001532624, Valor 6100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN TufeXTmDqC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://siifront.confecamaras.co/cv/16 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

EL PRIMER JUEVES HABIL DE DICIEMBRE DE ESTE AÑO SE ELEGIRA JUNTA DIRECTIVA DE LA CAMARA DE COMERCIO DE IBAGUE LA INSCRIPCION DE LISTAS DE CANDIDATOS DEBE HACERSE DURANTE LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE OCTUBRE, ESTO ES, DESDE EL 16 DE OCTUBRE Y HASTA EL 3 DE NOVIEMBRE DE 2026 - OFICIO 2026-01-132881 DEL 25 DE MARZO DE 2026 SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES. PARA INFORMACION DETALLADA PODRA COMUNICARSE AL TELEFONO 3105659253 O DIRIGIRSE A LA SEDE PRINCIPAL, A LAS SEDES AUTORIZADAS PARA ESTE EFECTO, O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB www.ccibague.org

****

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Nombres y apellidos : DIEGO FERNANDO CARDONA OLMOS
Identificación : CC. - 93406518
Nit : 93406518-5
Domicilio: Ibagué, Tolima

MATRÍCULA

Matrícula No: 184435
Fecha de matrícula: 21 de agosto de 2007
Ultimo año renovado: 2026
Fecha de renovación: 30 de marzo de 2026
Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CR 6 N 6 32
Barrio : BRR LA POLA
Municipio : Ibagué, Tolima
Correo electrónico : equimedicas1@yahoo.com
Teléfono comercial 1 : 2618235
Teléfono comercial 2 : 3203019306
Teléfono comercial 3 : 3203019306

Dirección para notificación judicial : CR 6 N 6 32
Barrio : BRR LA POLA
Municipio : Ibagué, Tolima
Correo electrónico de notificación : equimedicas1@yahoo.com

La persona natural **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE

CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE PERSONA NATURAL

Fecha expedición: 30/09/2026 - 09:28:56
Recibo No. S001532624, Valor 6100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN TufeXTmDqC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://siifront.confecamaras.co/cv/16 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: G4659
Actividad secundaria Código CIIU: C3312
Otras actividades Código CIIU: G4645 F4290

Descripción de la actividad económica reportada en el Formulario del Registro Único Empresarial y Social -RUES- : Venta de equipos medicos, mantenimiento y reparación de equipos especializados de uso hospitalario, venta de productos farmaceuticos, medicinales, cosmeticos y de tocador, construcción de otras obras de ingeniería civil y venta de equipos de computo dde uso hospitalario.

INFORMACION FINANCIERA

El comerciante matriculado reportó la siguiente información financiera, la cual corresponde a la última información reportada en la matrícula mercantil, así:

Estado de la situación financiera:
Activo corriente: $5.318.634.739,00
Activo no corriente: $1.214.647.211,00
Activo total: $6.533.281.950,00
Pasivo corriente: $1.632.317.574,00
Pasivo no corriente: $773.677.925,00
Pasivo total: $2.405.995.499,00
Patrimonio neto: $4.127.286.451,00
Pasivo más patrimonio: $6.533.281.950,00

Estado de resultados:
Ingresos actividad ordinaria: $6.573.804.571,00
Otros ingresos: $84.894.880,00
Costo de ventas: $4.157.338.250,00
Gastos operacionales: $1.364.560.458,00
Otros gastos: $381.565.240,00
Gastos por impuestos: $0,00
Utilidad operacional: $755.235.503,00
Resultado del periodo: $755.235.503,00

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que

para la CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, SUCURSALES Y AGENCIAS

A nombre de la persona natural, figura(n) matriculado(s) en la CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre: EQUIMEDICAS
Matrícula No.: 184436
Fecha de Matrícula: 21 de agosto de 2007
Último año renovado: 2026
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CR 6 N 6-32
Barrio : BRR LA POLA
Municipio: Ibagué, Tolima

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA NATURAL TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es PEQUEÑA EMPRESA.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE

CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE PERSONA NATURAL

Fecha expedición: 30/09/2026 - 09:28:56
Recibo No. S001532624, Valor 6100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN TufeXTmDqC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://siifront.confecamaras.co/cv/16 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Ingresos por actividad ordinaria : $6.573.804.571,00
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : G4659.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la persona natural, a la fecha y hora de su expedición.

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.



JHOAN HERNANDO ARANGO
Secretario Jurídico (E)

***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 02 de octubre de 2026, a las 14:01:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	93406518
Código de Verificación	93406518261002140115

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304466678

PIB
09:42:49

Bogotá DC, 08 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIEGO FERNANDO CARDONA OLMOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 93406518:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 02:02:09 PM horas del 02/10/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **93406518**
Apellidos y Nombres: **CARDONA OLMOS DIEGO FERNANDO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 02/10/2026 02:03:56 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **93406518** y Nombre: **DIEGO FERNANDO CARDONA OLMOS.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **148869225** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:41:31 horas del 13/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **93406518,** Apellidos y Nombres **CARDONA OLMOS DIEGO FERNANDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN ANTONIO DEL GUAMO**, con NIT **890701715-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 93406518 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 08/10/2026 09:44 AM

Código Verificación: **G6HCTFXS5B**

Válida hasta: **08/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN INHABILIDADES O INCOMPATIBILIDADES

Doctora
YINA PAOLA CASTRO PORTELA
Gerente **HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E.**
Guamo, Tolima
E. S. D.

DIEGO FERNANDO CARDONA OLMOS, identificado con la cédula de ciudadanía No. 93.406.518, quien es propietario del establecimiento de comercio **EQUIMÉDICAS**, que cuenta con NIT No. 93.406.518-5, obrando en nombre propio, declaro bajo la gravedad del juramento, el cual se entiende prestado con la firma del presente documento, no encontrarme incurso en ningún conflicto de interés, ni ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades consagradas en la Constitución Política y en la Ley para efectos de contratar con el mismo Estado, ni con el Hospital San Antonio E.S.E. de El Guamo, Tolima, en específico.

Lo anterior, en garantía y aplicación de lo dispuesto en la Ley 1150 de 2007, Ley 734 de 2002, y demás afines y concordantes.

La anterior declaración se expide conforme a la normatividad vigente.

En constancia de lo anterior, se firma este documento el trece (13) de octubre de dos mil veintiséis (2026).

DIEGO FERNANDO CARDONA OLMOS
C.C. No. 93.406.518
Propietario del establecimiento de comercio **EQUIMÉDICAS**
NIT. 93.406.518-5

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 93406518		CARDONA OLMOS DIEGO FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 6 -6 -32 barrio la pola	IBAGUE-TOLIMA	3203019306	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	702450710	9512233700	I	2026/10/06	2026/10/01	BANCOLOMBIA	0	$13,350,800

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)					$43,772,625	$7,879,200			$43,772,625	$5,471,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$43,772,625	$7,879,200			$43,772,625	$5,471,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$43,772,625	$7,879,200			$43,772,625	$5,471,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	93406518	CARDONA DIEGO	25-14	30	$43,772,625	$7,879,200	EPS005	30	$43,772,625	$5,471,600		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$43,772,625	$7,879,200			$43,772,625	$5,471,600			$0	$0			$0	$0		$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 93406518		CARDONA OLMOS DIEGO FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 6 -6 -32 barrio la pola	IBAGUE-TOLIMA	3203019306	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	702450710	9512233700	I	2026/10/06	2026/10/01	BANCOLOMBIA	0	$13,350,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,879,200	$0					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$7,879,200	$0	$218,900	$0	$656,600	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,471,600	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$5,471,600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$13,350,800	$0	$218,900	$0	$656,600	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

OR A PAGAR
$7,879,200
$7,879,200
$5,471,600
$5,471,600
$13,350,800

LUIS RAMON BRAVO OVIEDO - CONTADOR PUBLICO
ESPECIALISTA EN REVISORIA FISCAL Y AUDITORIA EXTERNA
RUT. 93.390.085-6 Régimen Simplificado
ASESORIAS CONTABLES, FINANCIERAS Y TRIBUTARIAS
NORMAS INTERNACIONALES DE INFORMACION FINANCIERA
MZ C CASA 4 A URB. ARKAMONICA TEL. 2746429 Ibagué CEL. 3112272071
Email: luisbravocontador@gmail.com

Ibagué, 08 de octubre de 2026

CERTIFICACION PAGO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, APORTES PARAFISCALES

Yo, **LUIS RAMON BRAVO OVIEDO** con cedula de ciudadanía No. 93.390.085, Contador Público, con Tarjeta Profesional Nro. 61.999-T, hago constar bajo gravedad de juramento que la Empresa **EQUIMEDICAS / DIEGO FERNANDO CARDONA OLMOS** identificada con NIT. 93.406.518-5, se encuentra al día por todo concepto con sus obligaciones provenientes del sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales correspondientes al mes de septiembre de 2026.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Atentamente,

LUIS BRAVO OVIEDO
CONTADOR PÚBLICO
T.P. No.61999-T
CC 93.390.085 de Ibagué

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

8 3 A F 6 7 7 F 3 0 0 7 6 5 5 1

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **LUIS RAMON BRAVO OVIEDO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 93390085 de IBAGUE (TOLIMA) Y Tarjeta Profesional No 61999-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



61999-T

LUIS RAMON
BRAVO OVIEDO
C.C. 93390005
RESOLUCION INSCRIPCION 146 FECHA 17/12/98
UNIVERSIDAD CORPORACION. UNIV. DE IBAGUE

Presidente

00070946

195567

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideqs.com

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **93.390.085**

BRAVO OVIEDO

APELLIDOS

LUIS RAMON

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-OCT-1973**

ROVIRA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-MAR-1992 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00072721-M-0093390085-20080918 **0003**431126A 1 6370000756

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **93.406.518**

CARDONA OLMOS
APELLIDOS

DIEGO FERNANDO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-OCT-1977**
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

26-MAR-1996 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

R-2900100-00256823-M-0093406518-20100922 **00240**51281G 1 5020456150

Certificación
Bancaria

Jueves, 26 de febrero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que DIEGO FERNANDO CARDONA OLMOS identificado(a) con CC 93406518, 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 corriente	43521159905	1998-04-01	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

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
IBAGUE	IBAGUE	25	25-46-101052570	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
13	10	2026	13	10	2026	00:00	20	01	2028	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	CARDONA OLMOS DIEGO FERNANDO	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :93,406,518
DIRECCIÓN:	CRA 6 NO. 6-32 B LA POLA	CIUDAD: IBAGUE - TOLIMA	TELÉFONO: 3203019306

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE EL GUAMO	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :890,701,715-5
DIRECCIÓN:	KR 9 NRO. 5 - 50	CIUDAD: GUAMO - TOLIMA	TELÉFONO: 2271497
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. 041-C2-2026 DEL 13 DE OCTUBRE DE 2026 DE SUMINISTRO DE BIENES CUYO OBJETO ES: CONTRATAR EL SUMINISTRO DE REACTIVOS DE LABORATORIO, PRUEBAS RAPIDAS DE DIAGNÓSTICO, ELEMENTOS PARA LA TOMA Y EXTRACCIÓN DE SANGRE, DILUYENTES, INSUMOS DE ESTERILIZACIÓN Y OTROS ELEMENTOS REQUERIDOS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD Y EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES Y DE LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL SAN ANTONIO DEL GUAMO - TOLIMA.

AMPAROS

RIESGO: SUMINISTRO DE BIENES

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	13/10/2026	20/01/2028	$ 9,981,584.50
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	13/10/2026	20/01/2028	$ 9,981,584.50

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 55,831.24	$ 8,000.00	$ 12,127.94	$ 75,959.18	$ 19,963,169.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
CRUZ CONCEPCION ARISTIZABAL TAMAYO	20450	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELÉFONO: 2701040 - IBAGUE

25-46-101052570
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Piso 5.Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

28587353

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN ANTONIO
NIT. 890.701.715-5

FECHA DE APROBACIÓN: 13-OCT-2026 **CONTRATO No.** CAI-C2-2026

OBJETO: CONTRATAR EL SUMINISTRO DE REACTIVOS DE LABORATORIO, PRUEBAS RAPIDAS DE DIGNOSTICO, ELEMENTOS PARA LA TOMA Y EXTRACCION DE SANGRE

POLIZA No. 25-46-101052570

TIPO DE AMPARO: CUMPLIMIENTO

ASEGURADORA: SEGUROS DEL ESTADO

FIRMA REPRESENTANTE:

CONTRATO No. 161 DE 2025		
TIPO DE ACTO CONTRACTUAL	CONTRATO DE SUMINISTRO	**FECHA:**
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA		
NOMBRE	DIEGO FERNANDO CARDONA OLMOS Y/O EQUIMEDICAS	
NIT.	93.406.518-5	
CONTRATANTE:	HOSPITAL SAN RAFAEL ESE DOLORES	
NIT. No.	890700568 -4	
VALOR	DIECINUEVE MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTISEIS PESOS ($19.124.926) M/CTE POR TODO CONCEPTO	
PLAZO	20 DIAS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO	
OBJETO	CONTRATO DE SUMINISTRO DE IMPLEMENTOS E INSUMOS DE ODONTOLOGIA Y LABORATORIO PARA EL HOSPITAL SAN RAFAEL ESE DE DOLORES TOLIMA	

Entre los suscritos a saber: **CATERINE HERNANDEZ ORTIZ**, mayor de edad, vecina del municipio de Dolores, quien obra como representante legal del **HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E DOLORES, NIT No. 890.700.568 – 4** en su condición de Gerente, de conformidad con el Decreto No. 042 de 23 de marzo de 2024 y facultada legalmente para contratar según manual de contratación (Acuerdo No. 007 de 2024), quien en adelante se denominara **HOSPITAL SAN RAFAEL ESE DE DOLORES**, por una parte y por la otra **DIEGO FERNANDO CARDONA OLMOS Y/O EQUIMEDICAS**, identificado con NIT. 93406518-5, quien declara hallarse sin inhabilidades e Incompatibilidades, y quién en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, suscribimos el presente contrato de suministro, previa las siguientes consideraciones 1- Que el Hospital San Rafael de Dolores Tolima E.S.E, cuenta con estatuto Comercial). 2- Que el Hospital San Rafael de Dolores Tolima E.S.E es una institución de naturaleza pública que presta servicios de salud de baja complejidad, con base en su talento humano profesional y ético, con una tecnología adecuada a su nivel, que garantiza la calidad de los servicios y de la atención requerida por el usuario, buscando la estabilidad financiera de la institución. 3- Que se requiere implementos e insumos de odontología y

laboratorio para la E.S.E. 4- Que dentro de los objetivos primordiales de la entidad hospitalaria está la de prestar el servicio y atención de salud a los usuarios de la E.S.E. 5- Que una vez analizada la hoja de vida y propuesta económica presentada por **DIEGO FERNANDO CARDONA OLMOS Y/O EQUIMEDICAS**, se logró establecer que tiene la idoneidad y experiencia que garantizan el cumplimiento de las obligaciones y el objeto del presente contrato de suministro. 6- Que la entidad, cuenta con recursos en su presupuesto, que le permiten suscribir el presente contrato. 7- Este contrato, cuenta con el certificado de disponibilidad presupuestal vigente. 8- Que el contratista manifiesta bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado bajo la firma del presente contrato, que no se encuentra incurso en inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución Política de Colombia y la Ley. 9- Que el presente contrato se celebra además porque no hay personal de planta suficiente para prestar el suministro a contratar, y en consideración a las calidades personales y profesionales del contratista. 10- Que en virtud de las anteriores consideraciones las partes proceden a celebrar el presente contrato de suministro conforme a las siguientes cláusulas; **PRIMERA. - OBJETO:** CONTRATO DE SUMINISTRO DE IMPLEMENTOS E INSUMOS DE ODONTOLOGIA Y LABORATORIO PARA EL HOSPITAL SAN RAFAEL ESE DE DOLORES TOLIMA. **SEGUNDA:** - EL CONTRATISTA: Se compromete con la E.S.E a suministrar los siguientes elementos así descritos:

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD
1	PIEZA DE MANO REF. HD7L	01
2	PUNTA PARA CAVITRON 25K TFI 10	01
3	PUNTA PARA CAVITRON 25K DWR 10	01
4	PUNTA PARA SACLER DTE HD7L	04
5	RESMA PAPEL ELECTROCARDIOGRAFO	06
6	PORTA AGUJAS DIMEDA ALEMAN	04
7	TIJERA DE MAYO 14 CM DIMEDA ALEMAN	09
8	PINZA DE DISECCION CON GARRA DIMEDA ALEMAN	04
9	PINZA DE DISECCION SIN GARRA DIMEDA ALEMAN	04
10	MANGO PARA BISTURI DIMEDA ALEMAN	04
11	LAVAMANOS EN ACERO INOXIDABLE GRADO QUIRURGICO	01
12	BUTACO EN ACERO INOXIDABLE	01
13	MESA DE MAYO EN ACERO INOXIDABLE	01
14	MANGO PARA BISTURI N. 4	01

15	PINZA BACKHAUS GRANDE PARA SUJETAR 15 CM	01
16	PINZA KELLY CURVA HEMOSTATICA LONG 14 CM	01
17	PORTA AGUJAS MAYO HEGAR LONG 20 CM	01
18	TIJERA DE MAYO RECTA PARA MATERIAL LOG 16.5	01
19	TIJERA METZEMBAUM CURVA PARA TEJIDOS LONG 15 CM	01
20	PINZA PEAN ROCHESTER CURVA HEMOSTATICA LONG 20 CM	01
21	PINZA PEAN ROCHESTER RECTA HEMOSTATICA LONG 20 CM	04
22	FRASCO CE D-CHECK D CON ALTO X 2.5 ML	02
23	FRASCO CE D-CHECK D CON BAJO X 2.5 ML	02
24	BLS CE D CHECK D CON NORMAL X 2.5 ML	02
25	FRASCO MD M68 PROBE CELANSER X 50 ML	03
26	FRASCO ANN BS 31-M20CFL-LYSE X 500 ML	02
27	LT CALIBRA H CAL 6X3 ML	01
28	QUALITROL 1H CON 1X5 ML	06
29	QUALITROL 2H CON 6X5 ML	01
30	DETERGENTE CD80	02
31	MULTICONTROL NIVEL 1	01
32	MULTICONTROL NIVEL 2	01
33	CD80 DETERGENTE MINDRAY	02

Además de las anteriores obligaciones las siguientes:

1. Atender todos los requerimientos que el Hospital realice respeto del servicio contratado. 2. De presentarse durante la entrega y revisión, algún defecto en los bienes objeto del presente documento o especificaciones diferentes, el contratista hará el cambio respectivo sin que se genere ningún sobrecosto hacia el Hospital San Rafael y previa autorización por parte del supervisor del contrato. 3. Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato, de acuerdo con las actividades, condiciones, obligaciones y requisitos contenidos en los estudios y documentos previos, la invitación pública y la propuesta presentada. 4. Cumplir con todas las condiciones técnicas, jurídicas, financieras, económicas y comerciales presentadas en la propuesta. 5. Suscribir oportunamente el Acta de inicio y demás actas y documentos del contrato, conjuntamente con el supervisor del mismo. 6. Acreditar el cumplimiento de las obligaciones con los sistemas de seguridad social integral en salud, pensiones, Administradora de Riesgos Laborales y aportes parafiscales, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, el artículo 50° de la Ley 789 de 2002, Ley 828 de 2003 y demás normas que las adicionen, complementen o modifiquen. 7. Tramitar ante el Hospital San Rafael de Dolores - Tolima cualquier suspensión, adición o prórroga del contrato previa justificación y visto bueno del supervisor. 8. En caso de que se requiera el cambio de algún ítem, éste debe ser autorizado por la supervisión del contrato, el cual deberá ser por uno de igual o mejor

calidad al inicialmente propuesto, por lo anterior el Hospital San Rafael no reconocerá ningún tipo de valor o compensación económica adicional en razón a este numeral. 9. Contar con la aprobación previa del hospital San Rafael para toda erogación que difiera de las actividades específicas o que exceda las cantidades y valores indicados en la propuesta, por cuanto en ningún caso el exceso no autorizado dará lugar a la aceptación para el reconocimiento de mayores valores. 10. Informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier irregularidad que se presente durante el desarrollo de las actividades. 11. Respetar, facilitar y acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato le imparta EL HOSPITAL SAN RAFAEL por conducto del supervisor del mismo. 12. Suministrar oportunamente la información al supervisor del contrato que le permita verificar el cumplimiento del mismo. 13. Mantener estricta reserva y confidencialidad sobre la información que conozca por causa o con ocasión del contrato. 14. Las demás que surjan de la naturaleza del contrato y que sean pactadas de mutuo acuerdo entre las partes. **CLAUSULA TERCERA.- CONDICIONES DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se ejecutará en el Municipio de Dolores del HOSPITAL SAN RAFAEL ESE DOLORES E.S.E. Quien suministrará la información para el desarrollo del Objeto Contractual. **CUARTA: DERECHOS Y DEBERES DEL HOSPITAL-** Además de los derechos y deberes contemplados en el Manual de contratación de la ESE, demás normas concordantes y los convenidos en el presente contrato, el **HOSPITAL** se obliga especialmente a: A) Efectuar los registros y operaciones presupuéstales y contables necesarios para cumplir cabalmente con el pago de los bienes y/o servicios que el Contratista haya prestado a ésta con base en el presente contrato. B) Suministrar la información que sea requerida por el contratista para la correcta ejecución del contrato. C) Ejercer la supervisión a través del funcionario que designe la Gerencia de la Entidad. D) Pagar oportunamente el valor de los bienes y/o servicios, dentro de los plazos fijados en el contrato. **QUINTA. - VALOR DEL CONTRATO:** El valor del presente contrato es por la suma de: DIECINUEVE MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTISEIS PESOS ($19.124.926) M/CTE POR TODO CONCEPTO. **SEXTA. - IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL**: El CONTRATANTE pagará el gasto que ocasione el presente contrato con cargo al presupuesto de la vigencia 2025. **SÉPTIMA. - FORMA DE PAGO:** EL HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E., DEL MUNICIPIO DE DOLORES TOLIMA, cancelará al Contratista el valor del contrato así: UN SOLO PAGO CONTRA ENTREGA de los productos solicitados, deberá presentar la factura o cuenta de cobro con los elementos suministrados, a la cual anexará una copia del informe de las actividades realizadas, acreditación de los pagos de Seguridad Social, ARL y certificación del supervisor del presente contrato. Para lo cual debe a llegar a la tesorería del Hospital certificación de entidad Bancaria donde indique el número de cuenta con el fin de efectuar los pagos por medio de transferencia, cuyo costo financiero será asumido por el contratista. En todo caso los pagos a que se obliga EL HOSPITAL, están sujetos a las disponibilidades de Caja. **OCTAVA. -**

IMPUESTOS: De los valores a pagar durante la ejecución del contrato, el HOSPITAL SAN RAFAEL ESE DOLORES aplicará las retenciones, descuentos, entre otros, ordenados por las normas pertinentes aplicables, además deberán pagar las estampillas correspondientes, para lo cual allegarán copia del respectivo pago, siendo este requisito para la cancelación de los suministros correspondientes. **NOVENA. - PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución, será de 20 días a partir de la suscripción del acta de inicio. **DECIMA. - SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONTRATO:** Por mutuo acuerdo y en eventos de fuerza mayor o caso fortuito las partes podrán suspender la ejecución del contrato. Este hecho, previo concepto del supervisor, se hará constar en acta que suscribirán el CONTRATISTA y el supervisor con el visto bueno del ordenador del gasto. **DECIMA PRIMERA. - CESIÓN:** EL CONTRATISTA sólo podrá ceder el presente contrato mediante contrato de cesión celebrado con el cesionario, previa autorización expresa y escrita del CONTRATANTE, la cual requerirá concepto previo del supervisor, mediante acto administrativo motivado. **DECIMA SEGUNDA. - SUPERVISORÍA:** Por disposición del ordenador del gasto se designa al Profesional Universitario del Hospital San Rafael E.S.E de Dolores, como Supervisor del Contrato. **DECIMA TERCERA. - AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL:** El presente contrato no genera relación laboral alguna entre el HOSPITAL SAN RAFAEL ESE DOLORES y el Contratista, en consecuencia, tampoco el pago de prestaciones sociales y de ningún tipo de emolumentos distintos al valor acordado en la cláusula Quinta. **DECIMA CUARTA: CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** En caso de incumplimiento a cargo del CONTRATISTA, éste deberá pagar un valor equivalente al **10%** del valor del contrato **DECIMA QUINTA: DEBER DE CONFIDENCIALIDAD Y RESERVA:** El Contratista, está sometido al deber de confidencialidad y reserva en el manejo de la información que con ocasión del contrato le sea suministrada por el **HOSPITAL** o conocida por él por cualquier medio. **DECIMA SEXTA. - MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES:** Las controversias que surjan durante la ejecución del objeto contractual se solucionarán preferiblemente mediante los mecanismos de arreglo directo y conciliación previstos en la Ley 80 de 1993, Manual de contratación de la ESE y normas que la modifiquen o adicionen. **DECIMA SÉPTIMA:** El Supervisor verificará el cumplimiento de las obligaciones impuestas por el artículo 23 de la Ley 1150/07 durante la vigencia del contrato por parte del Contratista. **DECIMA OCTAVA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA afirma bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la firma del acto, que no se halla incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la constitución y en la ley, Manual de contratación de la ESE **DECIMA NOVENA.- DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integrante de este contrato los siguientes documentos: 1- Los documentos que soportan el proceso pre-contractual. 2- Todas las modificaciones, adiciones o aclaraciones que se expidan con posterioridad. **VIGÉSIMA. - REQUISITOS PARA LA CELEBRACIÓN:** Para celebrar el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de los aportes al sistema de seguridad social integral. **CLAUSULA**

VIGÉSIMA PRIMERA: PERFECCIONAMIENTO: El contrato se entiende perfeccionado una vez suscrito por las partes. **VIGÉSIMA SEGUNDA: GARANTÍAS-** Conforme a lo establecido en el Artículo 2.2.1.2.1.4.5 del Decreto 1082 de 2015, establece: "No obligatoriedad de garantías. *En la contratación directa la exigencia de garantías establecidas en la Sección 3, que comprende los artículos 2.2.1.2.3.1.1 al 2.2.1.2.3.5.1.del presente decreto no es obligatoria y la justificación para exigirlas o no debe estar en los estudios y documentos previos*", por lo dispuesto no se solicitaran garantías además por tratarse de un contrato de tracto sucesivo en el tiempo, por su naturaleza, por la modalidad, y como quiera que se cancelan los suministros una vez se cumpla con las obligaciones y objeto contractual. **VIGESIMA TERCERA: COPIA:** Del presente contrato solo se expedirá un original que reposará en Hospital San Rafael E.S.E, del cual se expedirá fotocopia al supervisor del presente contrato para los fines pertinentes. **VIGÉSIMA CUARTA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Dolores Tolima. Para constancia se firma el 19 de septiembre de 2025.

CATERINE HERNANDEZ ORTIZ
EL CONTRATANTE

DIEGO F. CARDONA OLMOS Y/O EQUIMEDICAS
CONTRATISTA

ACTA DE INICIO

CONTRATO DE SUMINISTRO No. 161-2025

OBJETO:	CONTRATO DE SUMINISTRO DE IMPLEMENTOS E INSUMOS DE ODONTOLOGIA Y LABORATORIO PARA EL HOSPITAL SAN RAFAEL ESE DE DOLORES TOLIMA
PLAZO:	20 DIAS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	19 DE SEPTIEMBRE DE 2025
FECHA DE INICIACIÓN:	19 DE SEPTIEMBRE DE 2025
VENCIMIENTO DEL PLAZO:	09 DE OCTUBRE DE 2025
VALOR DEL CONTRATO:	DIECINUEVE MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTISEIS PESOS ($19.124.926) M/CTE POR TODO CONCEPTO
CONTRATISTA:	DIEGO FERNANDO CARDONA OLMOS Y/O EQUIMEDICAS
SUPERVISOR:	PLACIDO ALEXANDER PEREZ MARTINEZ

En el Municipio de Dolores Tolima, el 19 de septiembre de 2025, se reunieron el Profesional Universitario **PLACIDO ALEXANDER PEREZ MARTINEZ,** en su calidad de Supervisor, y el Contratista **DIEGO FERNANDO CARDONA OLMOS Y/O EQUIMEDICAS** con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE SUMINISTRO No. 161-2025**, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse el 09 de octubre de 2025.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta, por los que en ella intervienen, en Dolores Tolima, el día 19 de septiembre de 2025.

PLACIDO ALEXANDER PEREZ M.
SUPERVISOR

DIEGO F CARDONA OLMOS Y/O EQUIMEDICAS
CONTRATISTA