Yo, **SOCORRO BENAVIDES GORDON**

en mi calidad de SUPERVISOR, del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA	E.S.E. HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	806007343-7				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	13008982024	FECHA SUSCRIPCIÓN	29 (día)	septiembre (mes)	2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 (día) octubre (mes) 2024 (año)	HASTA	31 (día) diciembre (mes) 2024 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	3 (día) Marzo (mes) 2025 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Reserva presupuestal	PAGO No:	3	DE	3
VALOR A PAGAR	$ 69.210.100,00	EN LETRAS	*Sesenta y Nueve Millones Doscientos Diez Mil Cien pesos M/C*		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) Diciembre (mes) 2024 (año)	HASTA	31 (día) Diciembre (mes) 2024 (año)		

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN DESDE EL SECTOR INCLUSIÓN SOCIAL - CONTRIBUCIÓN CON ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL COMPONENTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN PARA LA POBLACIÓN COLOMBIANA A NIVEL NACIONAL	215024	27	C-4602-1500-5-30205B-4102016-02	102	A-02-02-02-006-003-03	$ 69.210.100,00

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACION BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:	Banco Agrario	NÚMERO DE CUENTA	312460000143	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR	$ - A	EN LETRAS			
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -	CUOTA NÚMERO		DE	

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	$	69.210.100,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	69.210.100,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	69.210.100,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
SOCORRO BENAVIDES GORDON	COORDINADORA	REGIONAL BOLIVAR	CZ MAGANGUE	Socorro Benavides Gordon
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
DRINY LUZ ACOSTA BELTRAN	CONTRATISTA	REGIONAL BOLIVAR	CZ MAGANGUE	Driny Luz Acosta Beltran

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
SEBASTIAN VASQUEZ MILLAN	GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA		3/03/2025

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

DEVOLUCIONES

NOMBRE QUIÉN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO PINILLOS-BOLIVAR NIT. 806.007.343-7	**CODIGO: OFIC HSNT**
		VERSION: 01
		Página 1 de 1

DOCUMENTO DE COBRO

Pinillos, Bolívar, 12
De febrero 2025

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR NIT . 899.999.239-2

DEBE A:

LA ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO DE PINILLOS BOLIVAR NIT. 806.007.343-7

LA SUMA DE: SESENTA Y NUEVE MILLONES DOCIENTOS DIEZ MIL CIEN PESOS ($ 69.210.100 .oo) DEL CONTRATO NUMERO 13008982024 DEL 01 OCTUBRE DE 2024.

POR CONCEPTO DE:

TRANSPORTE, GASTOS ADMINISTRAIVOS TRANSPPORTES DEL CONTRATO "AUNAR ESFUERZOS HUMANOS, TECNICOS, TECNOLOGICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION DEL ICBF, EN CONCURRENCIA CON LOS SERVICIOS PROPIOS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO PARA EL MANEJO DE LA DESNUTRICION AGUDA MODERADA Y SEVERA."

FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA CORRIENTE No 312460000143 BANCO AGRARIO.

GONZALO CABALLERO RANGEL
GERENTE.

Pinillos, Bolívar 12 de febrero del 2025

Señores:
ICBF Regional Bolívar

Respetados señores:

El gerente y el contador, hace saber que la E.S.E. Hospital San Nicolás de Tolentino de Pinillos – Bolívar, identificada con NIT 806007343-7, certifica que esta entidad ha cumplido y se encuentra al día durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de la cuenta de cobro, con los pagos de sus obligaciones, provenientes del sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aporte a las cajas de compensación familiar, instituto colombiano de bienestar familiar y servicio nacional de aprendizaje, correspondiente a todos sus empleados vinculados en la planta de personal y contrato laboral.

Así mismo, certifico que el personal vinculado por contrato de prestación de servicio ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y ARL, hasta la fecha de prestación de esta certificación.

Lo anterior en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 189 del 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 del 2007.

Atentamente;

GONZALO CABALLERO RANGEL
Gerente

OSCAR JAVIER MARTINEZ DONADO
Contador
T.P.N° 139922-T





HOJA DE VIDA 2023 ESE HSNT

24/03/2023

Escaneado con C

A QUIEN INTERESE

El Banco Agrario de Colombia certifica que:

E.S.E. HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO identificado(a) con N 806.007.343-7 se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad con una Cuenta corriente, número 312460000143 desde 09/11/2006

Se expide esta certificación el día 10/02/2025

BANCO AGRARIO DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14817146791

(415)7707212489984(8020) 000001481714679 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 6 0 0 7 3 4 3	7	Impuestos de Cartagena 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
E.S.E. HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Pinillos 5 4 9

41. Dirección principal
BRR SAN MARTIN SEC HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO CR 4 CL 6 22

42. Correo electrónico hospitaldepinillos@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	1 9 9 9 0 3 1 0							

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	6	7	1	4	1	6	5	2																		

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
52 - Facturador electrónico

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 61. Fecha 2022 - 03 - 10 / 10 : 11: 53

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 CABALLERO RANGEL GONZALO
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14817146791

(415)7707212489984(8020) **000001481714679 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 6 0 0 7 3 4 3	7	Impuestos de Cartagena 6	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	3	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	2 3
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Vigencia

80. Desde	1 9 9 9 0 3 1 0
81. Hasta	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	1 0 0 . 0 %
84. Nacional privado	0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Ministerio de Salud y de la Protección Social 1 9

Estado y Beneficio

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

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
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14817146791

(415)7707212489984(8020) **000001481714679 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 6 0 0 7 3 4 3	7	Impuestos de Cartagena	6

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 0 0 5 0 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	8 8 5 2 2 2 9		8 8 5 2 2 2 9

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CABALLERO	RANGEL	GONZALO	

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14817146791

(415)7707212489984(8020) **000001481714679 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 6 0 0 7 3 4 3		Impuestos de Cartagena 6	

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	1 0 8 2 0 1 9 8		1 3 9 9

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
MARTINEZ	DONADO	OSCAR	JAVIER

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada
8 0 6 0 0 7 3 4 3	7	E.S.E. HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO

159. Fecha de nombramiento
2 0 1 6 0 5 0 4

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO