Hospital Infantil
Concejo de Medellín

**CORPORACIÓN HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLÍN**
**Nit. 900.625.317-7**

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
**AD3314**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CLIENTE:** | DISTRITO ESPECIAL DE CIENCIA TECNOLOGIA E INNOVACION DE MEDELLIN | | |
| **NIT:** | 890.905.211-1 | **FECHA FACTURA:** | 19-12-2024 |
| **DIRECCIÓN:** | CALLE 44 N 52 165 CENTRO ADMINISTRATIVO | **FECHA VENCIMIENTO:** | 19-01-2025 |
| **TELÉFONO:** | 3855555 | | |
| **CIUDAD:** | MEDELLÍN | **FORMA DE PAGO:** | **CREDITO** |

| Producto | Descripción | Cantidad | IVA | Vr. Unitario | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 60002002671 | INGRESOS POR CONVENIOS Y/O CONTRATOS N.G<br>Convenio de Desempeño N. 4600103263 De 2024, Correspondiente al: CONVENIO DE DESEMPEÑO PARA FORTALECER LA GESTIÓN FINANCIERA Y MEJORAR LA OPORTUNIDAD Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CORPORACIÓN HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLÍN. Por favor realizar la consignación cuenta de Ahorros 24500018599 del Bancolombia. | 1.00 | 0% | $ 1,215,064,418 | $ 1,215,064,418 |

**Autorizado por:**
LUIS ARMANDO CABALLERO ENAMORADO

**Recibido por:**

**Valor en Letras:**
UN MIL DOSCIENTOS QUINCE MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO M/L

| | |
|---|---|
| **Base Gravable:** | **$ 0** |
| **IVA:** | **$** |
| **TOTAL:** | **$ 1,215,064,418** |

**CUFE:**
**1b0ff1a0b4c4a57964693afcb53acc5731f0b163b8fef731a563906e70f075f60a813654d8e4809d56023f11a2e2c87a**

Contribuyente Régimen Especial. IVA régimen común no somos grandes contribuyentes.
18764063295227

**PBX: 4446425**

**calle 72 A N° 48 A 70MEDELLÍN**



eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

Fecha y hora validación DIAN: 2024-12-19 09:56:48-05:00

# RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS

Alcaldía de Medellín
Distrito de
Ciencia, Tecnología e Innovación

**Número** 5000753352 **División:04**
**Pedido** 4700055995
**Contrato** 4600103263
**Secretaría** Salud

**Fecha Documento:** 19.12.2024 **Dependencia:** Subsec de Gestión de Servicios de Salud
**Descripción del pago:** AD3314
**Objeto del contrato:** Convenio de desempeño para fortalecer la gestión financiera y mejorar la oportunidad y acceso a los servicios de salud en la Corporación Hospital Infantil Concejo de Medellín

## Proveedor

**Codigo:** 1200019015 **Nit:** 9006253177 **Nombre:** Corporacion Hospital Infantil Conce

| Pos | Material | Descripción | Cantidad | Vr.Total | Cta.Mayor | Fondo | Proy | Pos PD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 240040 | FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL | 1215064.418 | 1215.064.418,00 | 5424050400 | 110400124 | 200198 | 010 |
| | | TOTAL | **1215.064.418** | **1215.064.418,00** | | | | |

**Creado por** PEDRO RAMON MACHADO ALVARADO
**Registrado el** 19.12.2024 11:35:45

Uso Exclusivo de la Unidad de Contaduría

| Concepto | %Ret. | Base Grav. | Importe Ret. | Concepto | %Ret. | Base Grav. | Importe Ret. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Retención Fuente Renta | | | | Estampilla U de A | | | |
| Retención Fuente IVA | | | | Estampilla Adulto Mayor | | | |
| Retención ICA | | | | Estampilla Procultura | | | |
| Contribución Especial | | | | Cuenta Contable | | | |
| Contador que Califico | | | | | | | |

Aunque los bienes o servicios han sido revisados por la interventoría y su calidad parece ser buena, esto no significa que han sido aceptados enforma definitiva.
En caso de obra pública, estos serán objeto de revisión permanente, no solo durante la ejecución de la obra sino en el periodo que cubre la póliza de estabilidad. En caso de ser otro tipo de adquisición de bieneso servicios que posea garantías adicionales, durante el periodo de vigencia del mismo.

Alcaldía de Medellín
Distrito de
Ciencia, Tecnología e Innovación

## FO-GEHA-TES DATOS BÁSICOS PARA REALIZAR PAGOS

### 1. Factura

| | |
|---|---|
| Número | AD3314 |
| Fecha | 19.12.2024 |
| Valor | 1.215.064.418,00 |

### 2. Información Interviniente

| | | |
|---|---|---|
| Titular del pago Nombre | | Corporacion Hospital Infantil Conce |
| Emisor de la factura o documento equivalente | NIT o CC: | |
| | Nombre | |
| Receptor Alternativo | | |

### 3. Datos para el pago

| | |
|---|---|
| Receptor del pago | CORPORACION HOSPITAL INFANTIL CONCE |
| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. |
| No.Cuenta Bancaria | 24500018599 |
| Tipo de cuenta | 02 |

### Diligencie este Item solo si el pago pertenece a un contrato de arrendamiento
### 4. Contrato de arrendamiento

| Nombre o Razón Social del Propietario | N.I.T o C.C |
|---|---|
| | |

### 5. Datos Presupuestales del Pago

Número Contrato: 4600103263

| Número EM | Comp.Presupuestal Pedido | Proyecto | Fondo | Valor EM |
|---|---|---|---|---|
| 5000753352 | 4700055995 | 200198 | 110400124 | 1.215.064.418,00 |

### 6. Cuenta Bancaria Giradora

Cuenta bancaria especifica del fondo

| S/N | Número cuenta giradora | Entidad Bancaria | Tipo Cuenta |
|---|---|---|---|
| Si | 00165018869 | BANCOLOMBIA | 02 |

| Valor Total Entrada de Mercancía | 1.215.064.418,00 |
|---|---|

### Diligencie este Item solo si el pago pertenece a un convenio
### 7. Convenios

| Número | Fecha | Objeto |
|---|---|---|
| 4600103263 | 19.12.2024 | CONVENIO DE FORTALECIMIENTO FINANCIERO |

### 8. Interventor/Supervisor o Responsable del Pago

| Nombres y apellidos | Cargo | Dependencia | Teléfono |
|---|---|---|---|
| PEDRO R MACHADO ALVARADO | PROFESIONAL UNIVERSITARIO | 217 | 4149 |

**Creado por** PEDRO RAMON MACHADO ALVARADO
**Registrado** 19.12.2024 17:57:22

Alcaldía de Medellín

# ORDEN DE PAGO

## No. 5100443363

**División: 04**

**Fecha:** 19.12.2024
**Factura/Número cuenta cobro:** AD3314
**Secretaría:** Secretaría de Salud
**Dirección:** CL 72 A 48 A 70
**Teléfono:** 6044446425
**Fecha Vcto:** 23.12.2024
**Detalle: FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL**

**Acreedor:** Corporacion Hospital Infantil Conce
**NIT Acreedor:** 9006253177
**Codigo del Acreedor:** 1200019015

| ClvCtabl | Cuenta | Nombre | Valor | PosPre | BP | ID | CtaBan | Rcso | Proyecto |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | 1200019015 | Corporacion Hospital Infantil | -1.215.064.418 | 2320202009 | 00132 | 07 | 00165018869 | 4001 | 200198 |
| 86 | 2425909999 | Puente Mcia Transito | 1.215.064.418 | 2320202009 | | | | | 200198 |

**TOTAL A PAGAR:** **0**

ORDENADO POR: Natalia López D.

Impreso el 16.05.2025



**DATOS PARA PAGO**
**GIRAR A NOMBRE DE:** Corporacion Hospital Infantil **CEDULA:** 9006253177 **TELEFONO:** 6044446425
**CUENTA PARA ABONO/CONSIGNACIÓN:** 24500018599.
**TIPO DE CUENTA:** Ahorro. **DEL BANCO:** BANCOLOMBIA S.A.
**CONDICION DE PAG0:** 0001.

DOCUMENTO CAUSADO POR: VMONTOYAMA ( VALERIA MONTOYA MARIN ).

Certificación
Bancaria

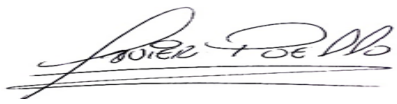
Señores
**CORP HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLIN**

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que la empresa **CORP HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLIN**, identificada con Nit. No **900625317** a la fecha 12/12/2024, presenta la siguiente información:

| | |
|---|---|
| **Nombre producto** | FORTALECIMIENTO 2024 |
| **Tipo producto** | AHORROS |
| **No. producto** | 24500018599 |
| **Fecha apertura** | 12/12/2024 |
| **Estado** | ACTIVA |
| **Código sucursal** | 245 - PUERTA DEL RIO |

Quedamos a su disposición, por eso en caso de requerir ampliar la anterior información podrá comunicarse con su comercial o gerenciador, en el momento que lo estime conveniente.

Atentamente,



**JAVIER AUGUSTO PUELLO CABARCAS**

**Elaboró : LAURA VANEGAS GIRALDO**
**OFICINA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS**
**GERENCIA DE SERVICIOS REGIONALES**

Bancolombia