52

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E.

CARRERA 1A No 3A-30 B/ SAN JOSE - Tel:3208098045
Nit. 890700694-4

COMPROBANTE EGRESO No.3675
Fecha: 12/02/2025

Tercero

NI 800113672-7 **GOBERNACION DEL TOLIMA**
Dirección: CRA 11 N° 3 Teléfono: 2256407

Datos del Pago

Forma de Pago : TRANSFERENCIA ELECTRONICA BANCOLOMBIA **Cuenta :** 42273325519

Concepto

PAGO TASA PRO-DEPORTE Y RECREACIÓN GENERADA POR DEL CONVENIO 2127 DE 2024 ENTRE LA GOBERNACION DEL TOLIMA Y LA E.S.E MARIA INMACULADA DE RIOBLANCO TOLIMA.

Documento	Numero	Cuenta	Valor
COMPROBANTE EGRESO	3172	(24072205) ESTAMPILLAS DEPARTAMENTAL 2% DEPORTE Y RECREACION	$675.932.00
COMPROBANTE EGRESO	3355	(24072205) ESTAMPILLAS DEPARTAMENTAL 2% DEPORTE Y RECREACION	$844.915.00

Total : $1.520.847.00

Edición Contable

Codigo	Cuenta	Deber	Haber
24072205	ESTAMPILLAS DEPARTAMENTAL 2% DEPORTE Y RECREACION	$1.520.847.00	
58909001	Ajuste pago DIAN	$153.00	
11100612	BANCOLOMBIA CTA AHO 42273325519 ESTUDIOS CONSTRUCCIÓN NUEVO HOSPITAL		$1.521.000.00
	Total	**$1.521.000.00**	**$1.521.000.00**

SON

UN MILLÓN QUINIENTOS VEINTE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE

Ordeno

MARCO FERNANDO VARÓN REYES
GERENTE
93390001

Realizo

ANDRES FELIPE GONZALEZ ALDANA
JEFE DE PRESUPUESTO
1106783384

CONTADORA

Ana Milena Bermudez Lozano
CONTADOR
65799492

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E.
NIT: 890700694-4
TASA PRODEPORTE Y RECREACION DEPARTAMENTAL
Desde Noviembre 2024
Hasta Diciembre 2024

TIPO / DOCUMENTO	TERCERO	VALOR
24072205	**ESTAMPILLAS DEPARTAMENTAL 2% DEPORT.** (C)	1.520.847.00
CC - 19499379	CELSO ROMAN GONZALEZ	1.520.847.00

Ana Milena Bermudez Lozano

Ana Milena Bermúdez Lozano
CONTADOR

5A

Departamento del Tolima
Secretaría de Hacienda
Dirección Financiera de Rentas e Ingresos

FORMULARIO DECLARACIÓN DE LA TASA PRO - DEPORTE Y RECREACIÓN

AÑO GRAVABLE	Nº DE FORMULARIO
2024	1

FECHA DE PRESENTACIÓN	DIA	MES	AÑO
	12	2	2025

TIPO DE DECLARACIÓN: INICIAL [X] CORRECCION [ ]

No de Formulario Anterior:

PERIODO GRAVABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
												X

A. INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

1. Apellidos y Nombres o Razón Social: HOSPITAL MARIA INMACULADA ESE

2. Número de Identificación Tributaria		D.V	3. Dirección de notificación	4. Municipio	5. Departamento
CC [ ] NIT [X]	890700664	3	Carrera 1a # 3a - 30 Barrio San Jose Parte Alta	RIOBLANCO	TOLIMA
6. Tel / Fax			7. E - mail	presupuesto@hospitalrioblanco.gov.co	

B. LIQUIDACIÓN DE LA TASA

8. HECHO GENERADOR	9. TARIFA	10. BASE GRAVABLE	11. VALOR
La suscripción de **contratos y convenios de suministros, obras, asesorias** que celebren el Departamento del Tolima sus establecimiemtos publicos, las empresas industriales y comerciales, y sociales del estado, sociedades de economia mixta donde posea capital social o accionario superior al 50% y las entidades decentralizadas indirectas con personas naturales o jurídicas.	2%	76.042.324	1.520.847
La suscripción de **contratos y convenios de consultorías, provisiones e intermediaciones y demás formas contractuales** que celebren el Departamento del Tolima sus establecimiemtos publicos, las empresas industriales y comerciales, y sociales del estado, sociedades de economia mixta donde posea capital social o accionario superior al 50% y las entidades decentralizadas indirectas con personas naturales o juridicas.	2%	0	0

NOTA 1: Están exentos de la Tasa Pro Deporte y recreación los convenios y contratos de condiciones uniformes de los servicios públicos domiciliarios, de prestación de servicios suscritos con personas naturales, educativos y los que tienen que ver con el refinanciamiento y el servicio de la deuda pública.

C. PAGO

12. Valor a pagar	1.520.847
13. Intereses de mora	
14. Sanción por extemporaneidad	
15. Otras sanciones	
16. Menos compensaciones	
7. Total a pagar 12 + 13 + 14 + 15 -16	1.520.847

NOTA 2: Los valores incluidos en las casillas 10, 11 12, 13, 14, 15, 16 y 17 deben ir en Pesos Colombianos Mcte.

NOTA 3: Los valores diligenciados en la declaracion tributaria, deberán aproximarse al múltiplo de mil (1000) mas cercano. Art.348 Ord.014 de 2017- Estatuto de Rentas Departamental, concordante con el art. 577 del Estatuto Tributario Nacional.

D. FIRMA

MARCO FERNANDO REYES VARON

NOMBRES Y APELLIDOS REPRESENTANTE LEGAL

CC [x]	CE [ ]	93.390.001	RECIBIDO

Recuerde que deberá presentar dos(2) originales de este formulario totalmente diligenciados, acompañados de la consignación original timbrada, ante la Secretaria de Hacienda- Dirección Financiera de Rentas al correo electrónico contactenos@tolima.gov.co, sin perjuicio del envío físico de las mismas a tráves de correo certificado a la Oficina de Atención al Contribuyente - Área de Análisis Tributario, ubicada en la Carrera 4 No. 9-57 Barrio la Pola de la ciudad de Ibagué.

ESTE FORMULARIO ES GRATUITO, NO TIENE VALOR COMERCIAL.

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL MARIA INMAC
NIT: 890700694
Tipo de pago: PAGO A PROVEEDORES

Nombre del pago: estampillaDPTALprode
Secuencia: AA
Número de cuenta a debitar: 42273325519

Fecha: 14-02-2025 **Hora:** 07:14:19
Fecha de Generación: 14-02-2025

Fecha de envío del pago: 12-02-2025
Fecha para Procesar el pago: 12-02-2025

Impreso por: juanfegonz31

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $1,520,847.00	**Valor Registros Procesados:** $1,520,847.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
00000220550298137	Ahorros	800113672	DEPARTAMENTO DEL T	1,520,847.00	BANCO POPULAR	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	12-02-2025