Yo, **MARGARITA ROSA LOBO OROZCO**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR 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	HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	892300358				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	20004432025	FECHA SUSCRIPCIÓN	21 (día)	agosto (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 27 (día) agosto (mes) 2025 (año)	HASTA	26 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			11 (día) diciembre (mes) 2025 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	2 DE 5
VALOR A PAGAR	$ 96.971.022,00	EN LETRAS	NOVENTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y UN MIL VEINTIDÓS PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 12 (día) septiembre (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) octubre (mes) 2025 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ATENCION Y PREVENCION A LA DESNUTRICION	215625	27	C-4602-1500-5-30205B-4102016-02	101	02-02-02-009-003-03	$ 96.971.022,00

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 DE BOGOTA	NÚMERO DE CUENTA	224455113	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

El valor certificado corresponde al SEGUNDO desembolso del aporte ICBF del convenio No. 20004432025, el valor corresponde a la diferencia entre el primer desembolso y el valor legalizado por la ESE con corte al 31 de octubre de 2025.

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 96.971.022,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 96.971.022,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 96.971.022,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
MARGARITA ROSA LOBO OROZCO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CESAR	GRUPO PREVENCIÓN	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
DAYAN BLANCO GOMEZ	APOYO TÉCNICO	CESAR	GRUPO PREVENCIÓN	

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
DIANA CAROLINA MOGOTOCORO BENJUMEA	APOYO FINANCIERO NUTRICIÓN	CESAR	GRUPO PREVENCIÓN	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
DIANA CAROLINA MOGOTOCORO BENJUMEA	GRUPO PREVENCIÓN		11/12/2025

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

CUENTA DE COBRO N° 002

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
NIT: 899.999.239-2

DEBE A: **E.S.E HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI**
NIT: 892.300.358-5

LA SUMA DE NOVENTA Y SEIS MILLONES, NOVECIENTOS SETENTA Y UN MIL VEINTIDÓS PESOS M/CTE ($ 96.971.022).

Por concepto de segundo desembolso del convenio interadministrativo número 20004432025 de fecha 27 de agosto de 2025, que tiene por objeto Aunar esfuerzos humanos, técnicos, tecnológicos, administrativos y financieros para la implementación del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición del ICBF, en concurrencia con los servicios propios del sistema de salud colombiano para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa; suscrito entre las partes y correspondiente al periodo de 01 de octubre a 31 de octubre de 2025.

Se expide en Agustín Codazzi – Cesar, a los 10 días del mes de diciembre del 2025

JHINA PAOLA DAZA OVALLE
Gerente E.S.E Hospital Agustín Codazzi

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Ana Silvia Salas Muñoz Apoyo A Gerencia	Jhina Paola Daza Ovalle Gerente	Jhina Paola Daza Ovalle Gerente

VIGILADO Supersalud

A QUIEN INTERESE:

En mi calidad de Revisor Fiscal de la E.S.E AGUSTIN CODAZZI y para dar cumplimiento a lo preceptuado en los artículos 50 de la Ley 789 de 2002 y 9º de la Ley 828 de 2003,

CERTIFICO:

1. Que del examen efectuado en relación con el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y aportes parafiscales, se pudo verificar que la administración ha dado cumplimiento a lo establecido en las Leyes y que este se encuentra a paz y salvo hasta la fecha.

Periodo	Aportes a Salud	Aportes a Riesgos Laborales	Aportes a Fondos de Pensiones	Aportes al SENA, ICBF y CAJA	Fecha del pago
NOVIEMBRE 2025	**$12.775.300**	**$2.490.400**	**$16.587.200**	**$9.201.300**	**2025/12/03**

La presente certificación se expide a los once (11) días del mes de diciembre de 2025

LUIS MARIANO VÁSQUEZ A.
Revisor Fiscal E.S.E.
T.P. 134062-T

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI ESE
IDENTIFICACIÓN:	NI-892300358
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-12-04
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-12-15
FECHA DE PAGO:	2025-12-03
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-11
PERÍODO SALUD:	2025-12
NÚMERO PLANILLA:	35581406
TOTAL COTIZANTES:	25
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35581406
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.107.900	$ 2.107.900
EPS005	800251440	SANITAS	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.517.500	$ 1.517.500
EPS017	830003564	FAMISANAR	11	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.841.600	$ 5.841.600
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.308.300	$ 3.308.300
Subtotal Salud		4	25	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.775.300	$ 12.775.300
230201	800229739	PROTECCION	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.312.000	$ 1.312.000
230301	800224808	PORVENIR	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.288.700	$ 1.288.700
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 29.000	$ 29.000	$ 0	$ 983.800	$ 983.800
25-14	900336004	COLPENSIONES	20	$ 88.600	$ 88.600	$ 0	$ 13.002.700	$ 13.002.700
Subtotal Pensión		4	25	$ 117.600	$ 117.600	$ 0	$ 16.587.200	$ 16.587.200
14-23	860011153	POSITIVA	25	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.490.400	$ 2.490.400
Subtotal ARL		1	25	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.490.400	$ 2.490.400
CCF15	892399989	COMFACESAR	25	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.089.200	$ 4.089.200
Subtotal CCF		1	25	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.089.200	$ 4.089.200
PASENA	899999034	SENA	25	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.045.100	$ 2.045.100
PAICBF	899999239	ICBF	25	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.067.000	$ 3.067.000
		Total a pagar		$ 117.600	$ 117.600	$ 0	$ 41.054.200	$ 41.054.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/01/2026

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

134062-T



LUIS MARIANO
ASQUEZ ARZUAGA
C.C. 77158858
RESOLUCION INSCRIPCION 127 FECHA 08/05/2008
UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

PRESIDENTE

LUIS ALONSO COLMENARES RODRÍGUEZ 342784

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

LOGOFORMAS S.A. 1739 12/2007

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 77.158.858

VASQUEZ ARZUAGA

APELLIDOS

LUIS MARIANO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-ENE-1976

SAN DIEGO
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

10-ABR-1995 AGUSTIN CODAZZI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1215000-00132795-M-0077158858-20081202 0007358719A 1 8060001837

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141003858746

(415)7707212489984(8020) 000014100385874 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 2 3 0 0 3 5 8	5	Impuestos y Aduanas de Valledupar 2 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
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
HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Agustín Codazzi 0 1 3

41. Dirección principal
CL 14 8 64 BRR SAN VICENTE

42. Correo electrónico gerencia@esehospitalagustincodazzi-cesar.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 4 9 1 1 1 9 7	6 5 5 7 6 5 1 0 1

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 5 1 2 3 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	9	1	4	4	2	5	2																	

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 8

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 OÑATE PEREZ LUZ MARINA
985. Cargo Analista III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003858746

(415)7707212489984(8020) **000014100385874 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 2 3 0 0 3 5 8	5	Impuestos y Aduanas de Valledupar	2 4	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	3	63. Formas asociativas		64. Entidades o insitutos 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 7	0 2
72. Número	7 5	0 4 7
73. Fecha	1 9 5 9 1 1 3 0	1 9 9 5 1 2 3 0
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	9 8	9 8
76. Fecha de registro	1 9 5 9 1 1 3 0	1 9 9 5 1 2 3 0
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	4 7	2 0
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	0 1 3
Vigencia		
80. Desde	1 9 5 9 1 1 3 0	1 9 9 5 1 2 3 0
81. Hasta	2 9 9 9 1 2 3 1	2 9 9 9 1 2 3 1

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: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 3	2 0 1 5 0 1 0 1		-
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 141003858746

(415)7707212489984(8020) **000014100385874 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 2 3 0 0 3 5 8	5	Impuestos y Aduanas de Valledupar	2 4

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 0 4 0 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	4 9 6 9 6 5 6 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
DAZA	OVALLE	JHINA	PAOLA

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: 141003858746

(415)7707212489984(8020) **000014100385874 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 2 3 0 0 3 5 8	5	Impuestos y Aduanas de Valledupar	2 4	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	7 7 1 5 8 8 5 8		1 3 4 0 6 0 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
VASQUEZ	ARZUAGA	LUIS	MARIANO

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

135. Fecha de nombramiento
2 0 1 9 0 1 0 3

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	7 7 1 5 6 5 1 0		7 2 7 1 7 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
BUSTOS	TERAN	OMER	ENRIQUE

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO