Yo, **Madelein Banquez Galvis, Martha Ligia Garcia Caro**

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	EMP SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL MAHATES ESE H.L.H.				
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	806007880		
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	13005972025	FECHA SUSCRIPCIÓN	20 (día) junio (mes) 2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 25 (día) junio (mes) 2025 (año)	HASTA	25 (día) noviembre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			12 (día) diciembre (mes) 2025 (año)		

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	3 DE 4
VALOR A PAGAR	$ 180.846.761,00	EN LETRAS	CIENTO OCHENTA MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS M/CT
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) octubre (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
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	146025	27	C-4602-1500-5-30205B-4102016-02	101	A-02-02-02-009-003-03	$ 180.846.761,00

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	204202246	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		
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$	180.846.761,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	180.846.761,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	180.846.761,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
Madelein Banquez Galvis	COORDINADORA	BOLIVAR	CENTRO ZONAL TURBACO	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
Martha Ligia Garcia Caro	COORDINADORA	BOLIVAR	CENTRO ZONAL INDUSTRIAL DE LA BAHIA	

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
Sebastian Vasquez Millan	Apoyo financiero	BOLIVAR	GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE PREVENCION	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
SEBASTIAN VASQUEZ MILLAN	GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE PREVENCION		12/12/2025

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL MAHATES
NIT.806.007.880-0
Teléfono -3114292424- 3205446997
e-mail: hlmahates@outlook.com

CUENTA DE COBRO, TERCER DESEMBOLSO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 13005972025 DEL 25 DE JUNIO DE 2025

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
NIT: 899.999.239 – 2

LE DEBE A:

LA ESE HOSPITAL LOCAL DE MAHATES BOLÍVAR
NIT: 806.007.880 – 0

LA SUMA DE: CIENTO OCHENTA MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS M/C ($ 180.846.761**)**, POR CONCEPTO DEL TERCER DESEMBOLSO CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE DEL **CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NO. 13005972025 DEL 25 DE JUNIO DE 2025** Y ESTE 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"**

CONVENIO	Valor Convenio	Cantidad
Convenio Interadministrativo N° 13005972025	$ 1.118.911.722	$ 180.846.761

Que la ESE Hospital Local de Mahates Bolívar, cumplió a cabalidad la totalidad de los requisitos contractuales, por tal razón solicita al ICBF el tercer desembolso pago del CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 13005972025.

Para mayor constancia se firma en el municipio de Mahates Bolívar, a los 10 días del mes de diciembre del 2025.

NILSON JOSE CORONEL CANTILLO
Representante Legal

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL MAHATES
NIT.806.007.880-0
Teléfono -3114292424- 3205446997
e-mail: hlmahates@outlook.com

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA ESE HOSPITAL LOCAL MAHATES BOLIVAR

CERTIFICA:

Que la E.S.E HOPITAL LOCAL MAHATES identificado con NIT. 806.007.880-0 Representada Legalmente por el señor; NILSON JOSE CORONEL CANTILLO identificado con cedula de ciudadanía N° 1045307513, la cual se encuentra paz y salvo con los pagos de los proveedores a la fecha de expedición de la presente certificación.

La presente certificación se expide a solicitud de la parte interesada a los 10 días del mes de diciembre de 2025.

Atentamente,

NILSON JOSE CORONEL CANTILLO
Representante Legal

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL MAHATES
NIT.806.007.880-0
Teléfono -3114292424- 3205446997
e-mail: hlmahates@outlook.com

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002 (PERSONAS JURÍDICAS)

EL SUSCRITO GERENTE DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE MAHATES BOLIVAR

CERTIFICA:

El suscrito Gerente de la E.S.E HOPITAL LOCAL MAHATES con NIT. 806.007.880-0, manifiesto bajo la gravedad de juramento que esta entidad ha cumplido y se encuentra al día durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos con sus obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, correspondiente a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo. Así mismo, certifico que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y ARL hasta la fecha de presentación de esta certificación. Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002y el articulo23 de la Ley 1150 de 2007.

Atentamente;

La presente certificación se expide a solicitud de la parte interesada a los 10 días del mes de diciembre de 2025.

Atentamente,

NILSON JOSE CORONEL CANTILLO
Representante Lega

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.045.307.513**

CORONEL CANTILLO

APELLIDOS

NILSON JOSE

NOMBRES



Nilson Coronel

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-SEP-1990**

CALAMAR
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

19-ENE-2009 ARROYO HONDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0500900-00165795-M-1045307513-20090801 **00143**39026A 1 28224720

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141136566131

(415)7707212489984(8020) 000014113656613 1

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

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
EMP SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL MAHATES ESE H.L.H.

36. Nombre comercial	37. Sigla
E.S.E. H.L.M.	

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 42 1 24 BRR CENTELLA

42. Correo electrónico hlmahates@outlook.com

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

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	2 0 0 0 0 4 1 2							

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

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 CORONEL CANTILLO NILSON JOSE
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 141136566131

(415)7707212489984(8020) **000014113656613 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 6 0 0 7 8 8 0	0	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	1 1 7	0 0 1
73. Fecha	1 9 9 9 0 5 1 3	2 0 2 0 0 6 0 1
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 1	0 1
76. Fecha de registro	1 9 9 9 0 5 1 3	2 0 2 0 0 6 0 1
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 3	1 3
79. Ciudad/Municipio	4 3 3	0 0 1
Vigencia		
80. Desde	1 9 9 9 0 5 1 3	
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

Alcaldía 1 1

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

Página 3 de 3 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141136566131

(415)7707212489984(8020) **000014113656613 1**

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 0 0 6 0 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 0 4 5 3 0 7 5 1 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CORONEL	CANTILLO	NILSON	JOSE

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