Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE CONTRATOS, CONVENIOS Y/O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS

FO-AB-20
08-05-2020
V. 05

Oficina Jurídica
Secretaría de Salud Total
Revisado

Yopal, 30 de mayo de 2025

Pago N° 2

Seleccione según corresponda

Contrato	☐	Convenio	x	Contrato Interadministrativo		N° 5168 de 2025-04-24 SECOP II CAS-FDS-CONV-003-2025

Documento Soporte según forma de pago

Informe de actividades	☐	Actas Parcial	X	Acta de liquidación		Anticipo		Pago Anticipado		Fecha:	30/05/2025
Certificación	☐	Otro	☐	Cuál?							

1. Información del Contratista/Cooperante.

Cc/Nit.	N° Identificación.	DV	Nombre y Apellidos o Razón Social del Ejecutor u Operador
Nit.	844001287	3	E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA

2. Información General.

a. Tipo de Contrato. (seleccionar si es un contrato)

CPS	☐	Arrendamiento	☐	Consultoría	☐	Obra Publica	☐	Suministro	☐	Compra Venta	☐
Otro		¿Cuál?									

b. Clase de Convenio. (Seleccionar, si es un convenio)

De Asociación	☐	Cooperación	☐	Interadministrativo	X	Otro	☐	Cual?	

c. Modalidad de Selección. (Seleccionar, en todos los casos)

Licitación Publica	☐	Selección Abreviada	☐	Contratación Directa	X	Concurso a Méritos	☐	Mínima Cuantía	☐
Otro	☐	¿Cuál?							
Número del proceso									

d. Datos Contractuales.

Dependencia:	Secretaria Departamental de Salud			
Nombre del Proyecto:	FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUA EN SALUD A LA POBLACIÓN CON GARANTÍA DE COBERTURA, ACCESO Y CALIDAD HOMOLOGADO 087 EN EL DEPARTAMENTO CASANARE.			
Código Bpin Proyecto:	2021005850058			
N° Contrato/Convenio	Fecha de suscripción.	Fecha de Inicio.	Fecha inicial de Terminación	Plazo inicial de Ejecución
5168	25/04/2025	25/04/2025	24/12/2025	ocho (8) meses
Objeto:	REALIZAR EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES EN SALUD- SGP VIGENCIA 2025, RECURSOS ORIENTADOS A LA FINANCIACIÓN DE LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.			

e. Información presupuestal. (Diligencie de acuerdo a su necesidad).

Concepto	Fuente	Certificado de Disponibilidad Presupuestal			Registro Presupuestal		
		N°	Fecha	Valor	N°	Fecha	Valor
Rubro presupuestal 1	8.PS.19.1906.0300.202 4005850064.190328.12 4204.2.3.2.02.02.101	**2501881**	11/04/2025	$ 394.132.993,00	**2505168**	25/04/2025	$ 394.132.993,00
Adicional 1			(dd/mm/aaaa)	$		(dd/mm/aaaa)	$
Adicional 2			(dd/mm/aaaa)	$		(dd/mm/aaaa)	$
Adicional 3			(dd/mm/aaaa)	$		(dd/mm/aaaa)	$
Otro_____			(dd/mm/aaaa)	$		(dd/mm/aaaa)	$
Valor Total Contrato o Convenio (solo incluir Recursos de la Gobernación)							$ 394.132.993,00

f. Información Pago de Estampillas.

Concepto	Estampilla Pro-cultura Cód: 411027001	Estampilla Pro-Adulto Mayor Cód: 411027002.	Estampilla Pro-Desarrollo. Cód: 411027003.	Número	Fecha
	Valor	Valor	Valor		
Valor Total Inicial	$	$	$		(dd/mm/aaaa)
Adicional 1	$	$	$		(dd/mm/aaaa)
Adicional 2	$	$	$		(dd/mm/aaaa)
Adicional 3	$	$	$		(dd/mm/aaaa)
Otro____	$	$	$		(dd/mm/aaaa)

VoBo _____

Oficina Jurídica Secretaría Departamental Revisado

g. Información de Pólizas. (se debe tener en cuenta los ajustes en tiempo del contrato.

Evento		Descripción de los amparos (ajuste según contrato)					
		Cumplimiento.	Buen manejo Anticipo	Pago de salarios, Prestaciones Sociales	Calidad del servicio.	Responsabilidad Civil.	Adicione conforme al contrato
		N° Póliza	N° Póliza	N° Póliza	N° Póliza	N° Póliza	N° Póliza
Contrato/convenio Inicial.	% - SMLV	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	Desde.	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
	Hasta.	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
Fecha de aprobación de la póliza		(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
Elija Evento N°. Digite el Evento	% - SMLV	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	Desde.	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
	Hasta.	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
Fecha de aprobación de la póliza		(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
Elija Evento N°. Digite el Evento	% - SMLV	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	Desde.	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
	Hasta.	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
Fecha de aprobación de la póliza		(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
Elija Evento N°. Digite el Evento	% - SMLV	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	Desde.	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
	Hasta.	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
Fecha de aprobación de la póliza		(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)

(Diligencie y Agregue filas de acuerdo al evento o necesidad).

3. Información de suspensión, Ampliación a la suspensión, Prorroga y Reinicio. (Diligencie y Agregue filas de acuerdo a su necesidad).

Concepto	Número documento	Fecha	Tiempo Documento
Suspensión N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N día(s)
Ampliación a la suspensión N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Reinicio N°.		(dd/mm/aaaa)	
Suspensión N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Ampliación a la suspensión N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Reinicio. N°.		(dd/mm/aaaa)	
Suspensión N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Ampliación a la suspensión N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Reinicio N°.		(dd/mm/aaaa)	
Prorroga N°.		dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N día(s)
Prorroga N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Tiempo Real Suspendido	N° mes(es) y día(s)		

(Diligencie y Agregue filas de acuerdo a su necesidad).

Fecha Actual de Terminación:	24/12/2025

4. Estado Financiero.

a. Estado Financiero del contrato.

Valor Total del Contrato:	$	Seleccionar según forma de pago. Anticipo / Pago Anticipado ☐	$	Total de Anticipos Girados:	$
Valor Ejecutado:	$	Valor por Ejecutar:	$	Valor no ejecutado:	$
Valor Amortizar:	$	Valor por Amortizar:	$	Total de Amortizaciones :	$
Descuento actual:	$		Total de Descuentos:	$	
Valor a facturar:	$	Valor a pagar			

Siga con la Sección C. valor a girar y afectación por rubros presupuestales.

b. Estado Financiero del convenio.

Valor Total de Convenio	Valor Total Aportes del Departamento	Valor Total Aportes del Cooperante
$ 394.132.993,00	$ 394.132.993,00	$ 0

El siguiente cuadro se diligencia teniendo en cuenta recursos o aporte de la Gobernación de Casanare.

Aportes Gobernación		Desembolsos o transferencias			Saldo por Desembolsar o Transferir.
		N°	% desembolso o transferencia	Valor	
$ 394.132.993,00		1	32%	$ 124.383.690,00	
		2	40%	$ 33.718.662,00	$236.030.641,00
		3			
Valor Ejecutado:	158.102.352,00	Valor por Ejecutar:	$236.030.641,00	Valor no Ejecutado:	$236.030.641,00
Descuento Actual:			Total de Descuentos: sin incluir el valor no ejecutado	$	
Valor Actual a Desembolsar o transferir:		33.718.662,00			

c. Valor a Girar y afectación por rubros presupuestales. Aplica para convenios y contratos.

Oficina Jurídica
Secretaría de Salud Dptal
Revisado

Valor a Girar:	($33.718.662,00). Treinta y tres millones setecientos dieciocho mil seiscientos sesenta y dos pesos.

Afectación de Rubros presupuestales para la presente cuenta. (Forma en que se debe pagarse por fuente del rubro presupuestal)							
Fuente:	8.PS.19.1906.0300.2024005850064.190328.124204.2.3.2.02.02.101	Valor:	33.718.662,00	Fuente:		Valor:	
Fuente:		Valor:		Fuente		Valor:	
Fuente:		Valor:		Fuente		Valor:	
Fuente:		Valor:					

Nota: Diligencie **Siempre** el valor de la ejecución facturada según documento soporte.

5. Forma de Pago y Cuenta Autorizada.

Forma de Pago Vigente (Diligencie según minuta)
El valor del presente convenio se cancelará de la siguiente manera: Un primer pago con corte a 30 de abril de 2025 correspondiente a la suma de CIENTO VEINTICUATRO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE ($124.383.690,00), el valor de DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MILLONES TREINTA MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($236.030.634,00) dividido en siete (7) pagos parciales mensuales con corte a 30 de cada mes cada uno por valor de TREINTA Y TRES MILLONES SETESCIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE ($33.718.662,00), un siguiente pago parcial en el mes de diciembre por valor de VEINTINUEVE MILLONES SETESCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS CON SIETE CENTAVOS M/CTE ($29.777.339,07) y un último pago correspondiente al 1% del valor del convenio con la suscripción del acta de liquidación por un valor de TRES MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTINUEVE PESOS CON NOVENTA Y TRES CENTAVOS M/CTE ($3.941.329,93), para un valor total de TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE ($394.132.993,00), condicionado al giro por parte del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL AL DEPARTAMENTO DE CASANARE de la doceava del mes de noviembre de 2025, cada pago con presentación de factura, pago de aportes relativos al sistema de seguridad social integral y certificación de que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al sistema de seguridad social integral de conformidad con las normas que rigen la materia, y la aprobación por parte del supervisor del contrato.

Cuenta Autorizada (Transferencias, pagos anticipados, anticipos, pagos parciales, liquidación, Otros)					
Cuenta autorizada para Giro:		Cuenta de Manejo Especial (pago anticipados/anticipos)		Contrato de fiducia	
Tipo:	**Cuentas de Ahorros**	Tipo:		Entidad:	
N°:	**36900002275**	N°:		N°:	
Entidad Financiera:	**BANCOLOMBIA**	Entidad Financiera		Fecha:	(dd/mm/aaaa)
		Fecha constitución cuenta		Nit:	

6. Pagos de Aportes a la Seguridad Social y Parafiscales. (Diligenciar las casillas que apliquen y agregue filas de acuerdo a su necesidad).

a. Pagos correspondientes al periodo ejecutado que se cobra. No aplica para convenios.

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Periodo cotizado	Entidad
SALUD	12.5 x o 4	33228633	$ 147.894.424	$ 18.488.700	$ 18.488.700	05-2025	NUEVA E.PS SANITAS, CAPRESOCA
PENSIÓN	16	33228633	$ 147.894.424	$ 24.528.500	$ 24.528.500	04-2025	COLPENSIONES, PORVENIR, PROTECCION
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor Cancelado:	Entidad:		FIC Vr Cancelado	
	5	33228633	$ 3.646.900	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS			

Concepto	ICBF	SENA	Caja de Compensación Familiar
% de Liquidación	**3%**	**2%**	**4%**
Valor Cancelado	$ 4.539.000	$ 3.026.600	$ 6.051.500

b. Certificación personas Jurídicas Pagos a la seguridad social y parafiscal. (Para desembolso inicial, anticipos, pagos anticipos y liquidación del convenio y contratos)

Certificación Expedida por: ADAN PEÑA PAEZ	Revisor Fiscal	Fecha de Expedición: 08/05/2025

7. Información de Liquidación. (Diligenciar al finalizar la ejecución del contrato o convenio, solo recursos de la Gobernación).

a. Balance financiero.

Fecha de Terminación Definitiva:		Tiempo Real Ejecutado:	N°

Valor Ejecutado	Saldo a Favor del Contratista/Cooperante	Saldo no ejecutados objeto del contrato	Otros Descuentos	Reintegro al Departamento		Rendimientos Financieros	
$	$	$	Descripción:	Valor	$	Valor	$
				Fecha Reintegro:	(dd/mm/aaaa)	Fecha consignación	(dd/mm/aaaa)

VoBo _____

Oficina Jurídica
Secretaria de Salud Dptal
Revisado

			Valor $	Fecha Certificado tesorería	(dd/mm/aaaa)	Fecha Certificado tesorería	(dd/mm/aaaa)

(En caso de existir saldos no ejecutados el supervisor y/o interventor deben enviar copia del acta de liquidación junto a este formato, con destino a la dirección técnica de presupuesto para la liberación de saldos presupuestales.)

b. Registro de Ingresos al Almacén Departamental.

Comprobantes de Entrada de Almacén Departamental		
N°	Fecha de expedición	Valor Total
	(dd/mm/aaaa)	$

8. Sanciones y/o multas

Tipo	Resolución N° / Fecha	Valor	¿Cancelado?	Comprobante / Deducción
Seleccione	N° ____ de ____	$	Si ☐	N° ___ Fecha de pago: Seleccione fecha
			No ☐	¿Deducir en el presente pago?: sí ☐ / No ☐
Seleccione	N° ____ de ____	$	Si ☐	N° ___ Fecha de pago: Seleccione fecha
			No ☐	¿Deducir en el presente pago?: sí ☐ / No ☐

9. Información de retención de industria y comercio (ICA):

Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %

10. Observaciones:

Use este espacio para realizar las aclaraciones y consideraciones que usted crea necesario

Con fundamento en las leyes, reglas y principios vigentes que rigen los contratos de las entidades estatales, CERTIFICAMOS el cumplimiento de las actividades, la verificación de las planillas que soportan el pago al Sistema de Seguridad Social Integral y las obligaciones en general a cargo del contratista, en consecuencia, firmamos el presente documento, una vez verificada la información contenida y corroborada con los soportes que presenta, y AUTORIZAMOS el trámite del pago. Nota: El supervisor y/o interventor asegurara la entrega de los documentos requeridos y que son soporte del presente formato a la Secretaria de Hacienda del Departamento.

11. Firmas:

AUTORIZA

YURY TATIANA CHAVEZ DUQUE
C.C. No. 52.976.773 de Bogotá
Secretaria de Salud de Casanare
Decreto 0001 de 01-01-2024

SUPERVISOR

LUIS FREDY MARTINEZ MONTAÑO
C.C. No. 74.858.279. de Yopal
Director Administrativo y Financiero
Fecha: 7 de junio 2024

SUPERVISOR

LADY CAROLINA FLOREZ SIERRA
CC No. 1.118.536.508 de Yopal
Directora de Seguridad Social y Garantía de la Calidad
Fecha: 7 de junio 2024

Revisó:
Nombre:

VoBo _____

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

Acta de Recibo Parcial No. 2 del CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. SECOP II CAS-FDS-CONV-003-2025 5168 de 2025-04-25 cuyo Objeto: Realizar ejecución de los recursos de Subsidio a la Oferta del Sistema General de Participaciones en Salud- SGP vigencia 2025, recursos orientados a la financiación de los gastos de la operación corriente de la Empresa Social del Estado HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.

ACTA RECIBO PARCIAL No. 2 de 2025-06-03

En la ciudad de Yopal, a los Tres(03) días del mes de Junio de 2025, se reunieron LADY CAROLINA FLOREZ SIERRA, DIRECTOR(A) DE SEGURIDAD SOCIAL Y GARANTIA DE LA SALUD, quien actúa en su calidad de supervisor,de conformidad con NUMERAL 14 SUPERVISOR Y VIGILANCIA, el cual estará sujeto a lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011y por otra parte MILAYEV GONZALEZ RODRIGUEZ, identificado(a) con CÉDULA CIUDADANÍA 33625311 de TAURAMENA, representante legal, de(l-la) E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA con NIT 844001287-3, en su condición de Contratista, a fin de suscribir acta de recibo parcial, la cual se resume así:

TIPO DE CONTRATO: CONVENIO INTERADMINISTRATIVO

CONTRATO No.: SECOP II 5168

FECHA DEL CONTRATO: 2025-04-25

OBJETO DEL CONTRATO: Realizar ejecución de los recursos de Subsidio a la Oferta del Sistema General de Participaciones en Salud- SGP vigencia 2025, recursos orientados a la financiación de los gastos de la operación corriente de la Empresa Social del Estado HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.

LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO: Municipio de Tauramena (CASANARE) (CASANARE [TAURAMENA])

PLAZO DE EJECUCIÓN INICIAL: Ocho (8) MESES

PLAZO DE EJECUCIÓN CON ADICIONES: Ocho (8) MESES

FECHA DE INICIO: 2025-04-25

FECHA DE TERMINACIÓN CONTRACTUAL: 2025-12-24

PRÓRROGAS:

Contrato Adicional No.	Tiempo
-	-

SUSPENSIONES Y AMPLIACIONES DE SUSPENSIÓN:

Acta No.	Tiempo
-	-

NUEVA FECHA TERMINACIÓN: 2025-12-24

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: $394.132.993,00 M.L.C.

VALOR ADICIONAL CONTRATO: $0,00 M.L.C.

VALOR DEFINITIVO CONTRATO: $394.132.993,00 M.L.C.

CONTRATISTA: E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA

SUPERVISOR: LADY CAROLINA FLOREZ SIERRA

SUPERVISOR: LUIS FREDY MARTÍNEZ MONTAÑO

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

Acta de Recibo Parcial No. 2 del CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. SECOP II CAS-FDS-CONV-003-2025 5168 de 2025-04-25 cuyo Objeto: Realizar ejecución de los recursos de Subsidio a la Oferta del Sistema General de Participaciones en Salud- SGP vigencia 2025, recursos orientados a la financiación de los gastos de la operación corriente de la Empresa Social del Estado HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.

INTERVENTOR:

	Valor	Anticipo	
CONTRATO INICIAL	$394.132.993,00	$0,00	
ADICIONAL	$0,00	$0,00	
TOTAL CONTRATO	$394.132.993,00	$0,00	
	Valor Acta	Amortiza	Valor Pagado
VALOR INFORME No. 1	$124.383.690,00	$0,00	$124.383.690,00
PRESENTE INFORME	$33.718.662,00	$0,00	$33.718.662,00
POR EJECUTAR	$236.030.641,00		
TOTAL	$394.132.993,00	$0,00	$158.102.352,00

VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA NO. 2: $33.718.662,00 M.L.C.

Acta Pago 2 Contrato 5168 de 2025 según valor y forma de pago

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron el Tres (03) días del mes de Junio del 2025.

LADY CAROLINA FLOREZ SIERRA
Supervisor(a)

MILAYEV GONZALEZ RODRIGUEZ R/L E.S.E.
HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA
Contratista

LUIS FREDY MARTÍNEZ MONTAÑO
Supervisor(a)

Elaboró: LADY CAROLINA FLOREZ SIERRA

E.S.E HOSPITAL DE TAURAMENA

NIT: 844001287-3

Hospital Local de Tauramena
Empresa Social del Estado

CARRERA 15 NO. 8 - 63 , Tel:6247118
Email:s.hltfacturacionelectronica@gmail.com
Página: 1 de 1

*** ORIGINAL ***

FECHA: 31 de Mayo del 2025 **VENCE:** 30 de Junio del 2025
Factura Electrónica de Venta **N64341**
CLIENTE: DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT: 892099216
Dirección: CR 19 NO 6-100
TEL: 986357777 0 **CIUDAD:** Yopal
Observac: REALIZAR EJECUCION DE LOS RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES EN SALUD-SGP VIGENCIA2025, RECURSOS ORIENTADOS A LA FINACIACION DE LOS GASTOS DE
Convenio: SO
Anexos: LA OPERACION CORRIENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA, EL CUAL CORRESPONDE AL SEGUNDO PAGO PARCIAL DEL CONTRATO No.CAS-FDS-CONV-003-2025-5168
Medio de pago: Transferencia Crédito Bancario
Forma de pago: Crédito
Fecha validacion DIAN: 31/05/2025 08:09:53

Nro.	Comp.	Fecha	Descripción	T.I.	No.Doc	Edad	Concepto	Cant	Valor	copago	autoriz	cod.serv	und
1	240041	31/05/2025					PROMOCION Y PREVENCION	1	$33,718,662	0		XX431220	2 OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS

Subtotal servicios:	$33,718,662.00
Menos descuento:	$0.00
Subtotal factura:	$33,718,662.00
IVA:	$0.00
Valor neto factura:	$33,718,662.00
Total cuotas moderadoras:	0
Total copagos recibidos:	0
Saldo neto factura:	$33,718,662.00

SON: TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS

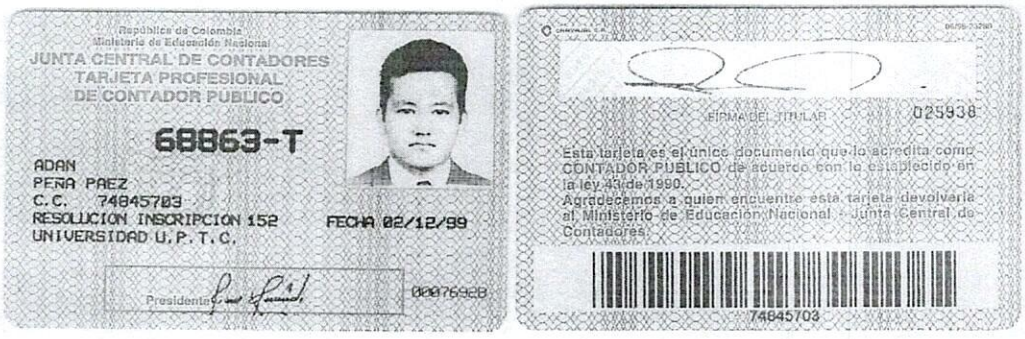
Firma del paciente o responsable

CUFE: 5ac590ebd2ff49241378eff736baa4b600f6aa2598aad7a739560cc7d559c05123867646d2f51790fc378bbc309ba9fa

Autorización según Resolución de Facturación 18764082001566 desde 2024-10-23 hasta 2026-10-23 Prefijo N desde 60001 Hasta 120000. Por Factura Electronica. SERVICOS DE SALUD LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART 779 CODIGO DE COMERCIO

FACTURADOR ELETRONICO: BTW S.A.S. NIT 900665411
Software ERP Sc Prosoft Sas NIT 900.448.596-6

© Copyright 2025. Documento creado por BTW S.A.S sujeto a condiciones y restricciones.



EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO TITULADO, IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA No. 74.845.703 Y TARJETA PROFESIONAL No. 68863-T EXPEDIDA POR LA JUNTA CENTRAL DE CONTADORES,

C E R T I F I C A

En mi calidad de revisor fiscal de la **ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA, con NIT. 844.001.287-3** he efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la empresa por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales, Cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante el período de seis (6) meses comprendidos entre el 01 de noviembre de 2024 y hasta la fecha de expedición de la presente certificación. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la Compañía como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe certificando el cumplimiento de tales obligaciones.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

a) Indagación con el personal del área responsable, en relación con los procedimientos utilizados para la identificación y pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales y a las cajas de compensación familiar. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA),

b) Obtención del listado de liquidación de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales, y a las cajas de compensación familiar. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), preparado por la Compañía para el 01 de noviembre de 2024 y hasta la fecha de expedición de la presente certificación.

c) Comparación del listado obtenido según se menciona en el literal anterior, con los documentos soportes de los respectivos pagos efectuados por la Compañía.

Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente, informo que la Compañía durante el período de seis (6) meses comprendidos entre el 01 de noviembre de 2024 y hasta la fecha de expedición de la presente certificación, pagó los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales y a las cajas de compensación familiar. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Las últimas planillas pagas que corresponde de ese periodo se relacionan a continuación:

NUMERO	PERIODO	FECHA DE PAGO
31404837	OCTUBRE	2024-11-12
31729873	NOVIEMBRE	2024-12-10
31995999	DICIEMBRE	2024-12-27
32558896	ENERO	2025-02-19
32639785	FEBRERO	2025-02-28
32956665	MARZO	2025-03-31
33228633	ABRIL	2025-05-05

La última planilla paga corresponde a la 33228633 del 2025-05-05.

La presente certificación se expide a los ocho (08) días del mes de mayo de 2025.

ADAN PEÑA PAEZ
Revisor fiscal T.P. 68863-T

MILAYEV CONZALEZ RODRIGUEZ
Representante legal

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

5E266A95890327 57

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ADAN PEÑA PAEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 74845703 de TAURAMENA (CASANARE) Y Tarjeta Profesional No 68863-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ***********************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 5 días del mes de Mayo de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

74.845.703

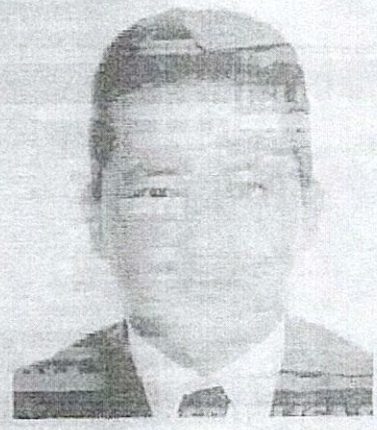
NUMERO

PEÑA PAEZ

APELLIDOS

ADAN

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-MAY-1970

TAURAMENA

(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

11-DIC-1989 TAURAMENA

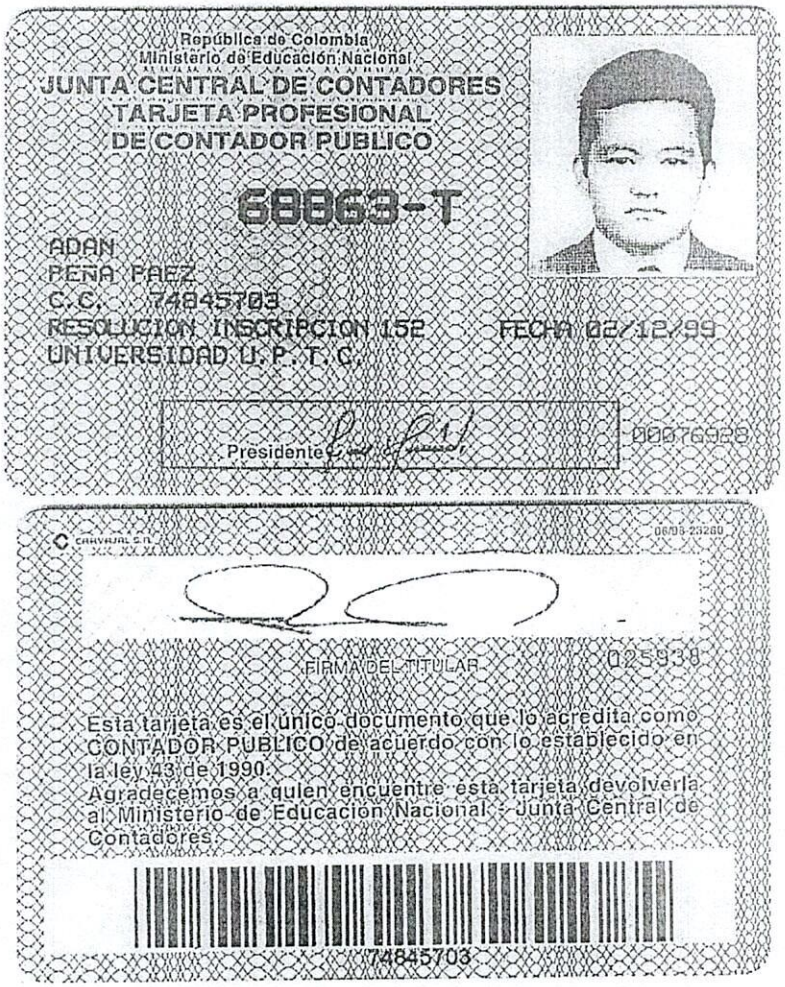
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-4685000-70135045-M-0074845703-20050405 03561 05091C 02 147570603

ADAN PEÑA PAEZ
CONTADOR PÚBLICO, EPECIALIZADO EN REVISORA FISCAL
Revisoría Fiscal, Asesoria Contable Y Tributaria
Sistemas de Control Interno, Contabilidad Sistematizada



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

68863-T

ADAN
PEÑA PAEZ
C.C. 74845703
RESOLUCION INSCRIPCION 152 FECHA 02/12/99
UNIVERSIDAD U.P.T.C.

Presidente

00076928

CARVAJAL S.A. 0808-23280

FIRMA DEL TITULAR 025938

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 Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

74845703

Calle 17 No. 15ª-24 Tel.: 6257339, Cel: 320.2341310

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 844001287	3	ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	B	1	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	8610	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
85-410	CRA 15 NO 8 63		6257202			ESEHLT08@GMAIL.COM		N

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-04	2025-05	33228633	E	2025-05-05	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	60.281.200	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
34	33228633	2025-05-21	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot	Sub. Tipo Cot.			
1	CC 6776872	ESPITIA ROPERO ALFONSO	2.813.210	F									X							0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	4.715.057	754.500	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	4.715.057	589.400	COMFACASA NARE-CCF69	4.715.057	188.700	4.715.057	114.900	0,02436	4.715.057	94.400	141.500	0	0	01	0	1.883.400	N	3861001
2	CC 7231347	ZORRO WILSON IVAN	2.813.210	F									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	3.728.968	596.700	0	0	SANITAS-EPS005	3.728.968	466.200	COMFACASA NARE-CCF69	3.728.968	149.200	3.728.968	90.900	0,02436	3.728.968	74.600	111.900	0	0	01	0	1.489.500	N	3861001
3	CC 9656141	GONZALEZ CACHAY HERMES	2.835.093	F																0			16	16	16	16	COLPENSION ES-25-14	1.512.050	242.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.512.050	189.100	COMFACASA NARE-CCF69	1.512.050	60.500	1.512.050	36.900	0,02436	1.512.050	30.300	45.400	0	0	01	0	604.200	N	3861001
4	CC 9656141	GONZALEZ CACHAY HERMES	2.835.092	F													X			0			14	14	14	14	COLPENSION ES-25-14	1.323.043	211.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.323.043	165.400	COMFACASA NARE-CCF69	1.323.043	53.000	1.323.043	0	0,00000	1.323.043	26.500	39.700	0	0	01	0	496.300	N	3861001
5	CC 17347244	ORTIZ MOLINA JOLMAN DARIO	2.471.149	F																0			7	7	7	7	COLPENSION ES-25-14	576.602	92.300	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	576.602	72.100	COMFACASA NARE-CCF69	3.932.006	157.300	576.602	14.100	0,02436	3.932.006	78.700	118.000	0	0	01	0	532.500	N	3861001
6	CC 17347244	ORTIZ MOLINA JOLMAN DARIO	2.471.149	F													X			0			23	23	23	23	COLPENSION ES-25-14	1.894.548	303.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.894.548	236.900	COMFACASA NARE-CCF69	1.894.548	75.800	1.894.548	0	0,00000	1.894.548	37.900	56.900	0	0	01	0	710.700	N	3861001
7	CC 18110189	DIAZ TOLEDO SAMUEL	3.794.529	V																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	3.794.529	607.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	3.794.529	474.400	COMFACASA NARE-CCF69	3.794.529	151.800	3.794.529	92.500	0,02436	3.794.529	75.900	113.900	0	0	01	0	1.515.700	N	3861001
8	CC 23467217	JIMENEZ MORALES ROSAURA	4.138.504	V																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	4.138.504	662.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	4.138.504	517.400	COMFACASA NARE-CCF69	4.138.504	165.600	4.138.504	100.900	0,02436	4.138.504	82.800	124.200	0	0	01	0	1.653.100	N	3861001
9	CC 23467245	GALINDO MARTINEZ MARIA ELISA	3.179.615	V																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	3.179.615	508.800	0	0	SANITAS-EPS005	3.179.615	397.500	COMFACASA NARE-CCF69	3.179.615	127.200	3.179.615	77.500	0,02436	3.179.615	63.600	95.400	0	0	01	0	1.270.000	N	3861001
10	CC 23467289	MORENO MORA YANETH ESPERANZA	6.041.923	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	6.041.923	966.800	30.300	30.300	SANITAS-EPS005	6.041.923	755.300	COMFACASA NARE-CCF69	6.041.923	241.700	6.041.923	147.200	0,02436	6.041.923	120.900	181.300	0	0	01	0	2.473.800	N	3861001
11	CC 23607766	BONILLA BERMUDEZ ANA VICTORIA	3.794.529	V																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	3.794.529	607.200	0	0	SANITAS-EPS005	3.794.529	474.400	COMFACASA NARE-CCF69	3.794.529	151.800	3.794.529	92.500	0,02436	3.794.529	75.900	113.900	0	0	01	0	1.515.700	N	3861001
12	CC 24230863	CAMPOS CENDALES ETELVINA	2.143.176	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	2.143.176	343.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.143.176	267.900	COMFACASA NARE-CCF69	2.143.176	85.800	2.143.176	52.300	0,02436	2.143.176	42.900	64.300	0	0	01	0	856.200	N	3861001
13	CC 24230906	BOHORQUEZ SANCHEZ MARIA MARGARITA	3.794.530	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	3.794.530	607.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	3.794.530	474.400	COMFACASA NARE-CCF69	3.794.530	151.800	3.794.530	92.500	0,02436	3.794.530	75.900	113.900	0	0	01	0	1.515.700	N	3861001
14	CC 24231745	HERMOSA VELASQUEZ CLARISA	3.794.530	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	3.794.530	607.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	3.794.530	474.400	COMFACASA NARE-CCF69	3.794.530	151.800	3.794.530	92.500	0,02436	3.794.530	75.900	113.900	0	0	01	0	1.515.700	N	3861001
15	CC 33625311	GONZALEZ RODRIGUEZ MILAYEV	7.842.230	F									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	10.587.019	1.694.000	53.000	53.000	SANITAS-EPS005	10.587.019	1.323.400	COMFACASA NARE-CCF69	10.587.019	423.500	10.587.019	257.900	0,02436	10.587.019	211.800	317.700	0	0	01	0	4.334.300	N	3861001
16	CC 33625565	JIMENEZ HERNANDEZ DIVIANA	2.922.487	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.922.487	467.600	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.922.487	365.400	COMFACASA NARE-CCF69	2.922.487	116.900	2.922.487	71.200	0,02436	2.922.487	58.500	87.700	0	0	01	0	1.167.300	N	3861001
17	CC 33625569	CARDENAS RAMOS SONIA PATRICIA	7.569.090	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	7.569.090	1.211.100	37.900	37.900	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	7.569.090	946.200	COMFACASA NARE-CCF69	7.569.090	302.800	7.569.090	184.400	0,02436	7.569.090	151.400	227.100	0	0	01	0	3.098.800	N	3861001
18	CC 35415546	RODRIGUEZ SANCHEZ LUZ NELLY	3.794.529	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	3.794.529	607.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	3.794.529	474.400	COMFACASA NARE-CCF69	3.794.529	151.800	3.794.529	92.500	0,02436	3.794.529	75.900	113.900	0	0	01	0	1.515.700	N	3861001
19	CC 39948193	MENDOZA MORENO MARGARITA	2.835.093	V																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	2.835.093	453.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.835.093	354.400	COMFACASA NARE-CCF69	2.835.093	113.500	2.835.093	69.100	0,02436	2.835.093	56.800	85.100	0	0	01	0	1.132.600	N	3861001
20	CC 39948689	VACA JACOME ROSA JULIA	3.794.529	V																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	3.794.529	607.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	3.794.529	474.400	COMFACASA NARE-CCF69	3.794.529	151.800	3.794.529	92.500	0,02436	3.794.529	75.900	113.900	0	0	01	0	1.515.700	N	3861001
21	CC 39948738	MENDOZA CARDOZO AMELIA	2.986.086	V																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	2.986.086	477.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.986.086	373.300	COMFACASA NARE-CCF69	2.986.086	119.500	2.986.086	72.800	0,02436	2.986.086	59.800	89.600	0	0	01	0	1.192.800	N	3861001
22	CC 46375075	RINCON AMEZQUITA YENNY ANDREA	3.125.727	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	3.125.727	812.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	3.125.727	390.800	COMFACASA NARE-CCF69	3.125.727	125.100	3.125.727	217.600	0,06960	3.125.727	62.600	93.800	0	0	01	0	1.702.600	N	3861001
23	CC 47425398	FRANCO MARTINEZ EDILZA	2.143.176	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	2.143.176	343.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.143.176	267.900	COMFACASA NARE-CCF69	2.143.176	85.800	2.143.176	52.300	0,02436	2.143.176	42.900	64.300	0	0	01	0	856.200	N	3861001
24	CC 47431567	AMAYA PARADA ELBY YANETH	2.835.092	V																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	2.835.092	453.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.835.092	354.400	COMFACASA NARE-CCF69	2.835.092	113.500	2.835.092	69.100	0,02436	2.835.092	56.800	85.100	0	0	01	0	1.132.600	N	3861001
25	CC 52217614	MARTINEZ CARO AIXA YOLIMA	5.604.809	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	5.604.809	896.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	5.604.809	700.700	COMFACASA NARE-CCF69	5.604.809	224.200	5.604.809	136.600	0,02436	5.604.809	112.100	168.200	0	0	01	0	2.238.600	N	3861001
26	CC 78855311	HERRERA BARRERA RODRIGO EDUARDO	2.813.210	V									X							0			21	21	21	21	COLPENSION ES-25-14	3.326.965	532.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	3.326.965	416.300	COMFACASA NARE-CCF69	3.326.965	133.200	3.326.965	81.100	0,02436	3.326.965	66.600	99.900	0	0	01	0	1.329.700	N	3861001

27	CC 74845344	HERRERA BARRERA RODRIGO EDUARDO	2.813.209		V													X			0			9	9	9	9
28	CC 91153114	CUBIDES GAMBOA TEOBALDO	2.813.210		F									X							0			30	30	30	30
29	CC 1002394597	RAMIREZ MENDEZ BRAYAN ARTURO	4.361.850		F									X							0			30	30	30	30
30	CC 1006442727	COBA MUNEVAR LAURA JULIANA	4.862.288		F									X							0			30	30	30	30
31	CC 1007759502	SALCEDO FONTALVO CAROLINA ANDREA	4.361.849		F									X							0			30	30	30	30
32	CC 1010152634	MARIÑO GUERRERO ADRIAN FELIPE	4.862.288		F									X							0			30	30	30	30
33	CC 1102878723	MONTERROSA MARTINEZ LIZZETH PAOLA	4.361.850		F																0			30	30	30	30
34	CC 1115911808	TORRES REYES MARIA LILIANA	2.143.176		F																0			30	30	30	30
35	CC 1115913121	OSSA BERNAL YERLY VIVIANA	6.741.226		F																0			30	30	30	30
36	CC 1115917777	BENAVIDES CISNEROS EDWIN FABIAN	4.862.288		F									X							0			30	30	30	30
37	CC 1118203435	LEGUIZAMON RODRIGUEZ KEVIN STEVEN	4.862.288		F									X							0			30	30	30	30

27	COLPENSIONES-25-14	843.963	135.100	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	843.963	105.500	COMFACASANARE-CCF69	843.963	33.800	843.963	0	0,00000	843.963	16.900	25.400	0	0	01	0	316.700	N	3861001
28	PORVENIR-230301	4.986.121	797.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	4.986.121	623.300	COMFACASANARE-CCF69	4.986.121	199.500	4.986.121	121.500	0,02436	4.986.121	99.800	149.600	0	0	01	0	1.991.500	N	3861001
29	PORVENIR-230301	4.389.112	702.300	0	0	SANITAS-EPS005	4.389.112	548.700	COMFACASANARE-CCF69	4.389.112	175.600	4.389.112	107.000	0,02436	4.389.112	87.800	131.700	0	0	01	0	1.753.100	N	3861001
30	PORVENIR-230301	6.165.483	986.500	30.900	30.900	SANITAS-EPS005	6.165.483	770.700	COMFACASANARE-CCF69	6.165.483	246.700	6.165.483	150.200	0,02436	6.165.483	123.400	185.000	0	0	01	0	2.524.300	N	3861001
31	PORVENIR-230301	4.431.820	709.100	0	0	SANITAS-EPS005	4.431.820	554.000	COMFACASANARE-CCF69	4.431.820	177.300	4.431.820	108.000	0,02436	4.431.820	88.700	133.000	0	0	01	0	1.770.100	N	3861001
32	PORVENIR-230301	6.109.769	977.600	30.600	30.600	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	6.109.769	763.800	COMFACASANARE-CCF69	6.109.769	244.400	6.109.769	148.900	0,02436	6.109.769	122.200	183.300	0	0	01	0	2.501.400	N	3861001
33	COLFONDOS-231001	4.361.850	697.900	0	0	SANITAS-EPS005	4.361.850	545.300	COMFACASANARE-CCF69	4.361.850	174.500	4.361.850	106.300	0,02436	4.361.850	87.300	130.900	0	0	01	0	1.742.200	N	3861001
34	PORVENIR-230301	2.143.176	343.000	0	0	EPSC CAPRESOCA-EPSC25	2.143.176	267.900	COMFACASANARE-CCF69	2.143.176	85.800	2.143.176	52.300	0,02436	2.143.176	42.900	64.300	0	0	01	0	856.200	N	3861001
35	PORVENIR-230301	6.741.226	1.078.600	33.800	33.800	SANITAS-EPS005	6.741.226	842.700	COMFACASANARE-CCF69	6.741.226	269.700	6.741.226	164.300	0,02436	6.741.226	134.900	202.300	0	0	01	0	2.760.100	N	5861001
36	PORVENIR-230301	5.726.357	916.300	28.700	28.700	SANITAS-EPS005	5.726.357	715.800	COMFACASANARE-CCF69	5.726.357	229.100	5.726.357	139.500	0,02436	5.726.357	114.600	171.800	0	0	01	0	2.344.500	N	3861001
37	PORVENIR-230301	6.037.341	966.000	30.200	30.200	SANITAS-EPS005	6.037.341	754.700	COMFACASANARE-CCF69	6.037.341	241.500	6.037.341	147.100	0,02436	6.037.341	120.800	181.200	0	0	01	0	2.471.700	N	3861001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 844001287	3	ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	B	1	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	8610	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
85-410	CRA 15 NO 8 63		6257202			ESEHLT08@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-04	2025-05	33228633	E	2025-05-05	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	60.281.200	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
34	33228633	2025-05-21	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
147.894.424	147.894.424	147.894.424	151.249.828	151.249.828

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 3)				34	24.528.500	0	0	0	24.528.500
PORVENIR	230301	800224808	8	15	13.571.400	0	0	0	13.571.400
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	18	10.259.200	0	0	0	10.259.200
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	697.900	0	0	0	697.900
EPS(Administradoras: 3)				34	18.488.700	0	0	0	18.488.700
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	21	10.072.100	0	0	0	10.072.100
SANITAS	EPS005	800251440	6	12	8.148.700	0	0	0	8.148.700
EPSC CAPRESOCA	EPSC25	891856000	7	1	267.900	0	0	0	267.900
ARP(Administradoras: 1)				34	3.646.900	0	0	0	3.646.900
POSITIVA	14-23	860011153	6	34	3.646.900	0	0	0	3.646.900
CCF(Administradoras: 1)				34	6.051.500	0	0	0	6.051.500
COMFACASANARE	CCF69	844003392	8	34	6.051.500	0	0	0	6.051.500
SENA(Administradoras: 1)				34	3.026.600	0	0	0	3.026.600
SENA	PASENA	899999034	1	34	3.026.600	0	0	0	3.026.600
ICBF(Administradoras: 1)				34	4.539.000	0	0	0	4.539.000
ICBF	PAICBF	899999239	2	34	4.539.000	0	0	0	4.539.000
Gran Total					60.281.200	0	0	0	60.281.200

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141005886007

(415)7707212489984(8020) 000014100588600 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 4 4 0 0 1 2 8 7	3	Impuestos y Aduanas de Yopal 4 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
E.S.E. HOSPITAL LOCAL TAURAMENA

36. Nombre comercial	37. Sigla
E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Tauramena 4 1 0

41. Dirección principal
CR 15 8 63

42. Correo electrónico esehlt08@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
8 5 4 0 3 0	3 1 2 5 4 7 0 9 5 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
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 7 0 6 1 9	8 6 9 9	1 9 9 7 0 6 1 9	8 6 9 1	8 6 2 1		1

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	1	6	1	9	4	2	5	2													

06- Ingresos y patrimonio.
52 - Facturador electrónico
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
19- Productor de bienes y/o servicios exen
42- Obligado a llevar contabilidad

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																							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 GONZALEZ RODRIGUEZ MILAYEV
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: 141005886007

(415)7707212489984(8020) 00001410058860 0 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 4 4 0 0 1 2 8 7	3	Impuestos y Aduanas de Yopal	4 4	

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 2	0 3
72. Número	0 2 1	0 5 1
73. Fecha	1 9 9 6 0 6 1 9	2 0 2 1 0 6 2 8
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 9	0 1
76. Fecha de registro	2 0 0 2 0 7 2 6	2 0 2 1 0 7 0 1
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	8 5	8 5
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	4 1 0
Vigencia		
80. Desde		
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: Contraloría General de la República — 1 3

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 6 0 1 0 1		-
2				-
3				-
4				-
5				-

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 5 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141005886007

(415)7707212489984(8020) 000014100588600 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 4 4 0 0 1 2 8 7	3	Impuestos y Aduanas de Yopal	4 4	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 4 0 1 0 2

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	2 3 4 6 7 2 8 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MORENO	MORA	YANETH	ESPERANZA

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

2

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

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	3 3 6 2 5 3 1 1		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
GONZALEZ	RODRIGUEZ	MILAYEV	

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 141005886007

(415)7707212489984(8020) 000014100588600 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 4 4 0 0 1 2 8 7	3	Impuestos y Aduanas de Yopal	4 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 4 8 4 5 7 0 3		6 8 8 6 3 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
PEÑA	PAEZ	ADAN	

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

135. Fecha de nombramiento: 2 0 0 8 1 2 3 0

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	2 3 4 6 7 9 2 3		1 3 4 9 6 3

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
GUTIERREZ	DAZA	RUTH	EDITH

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

159. Fecha de nombramiento: 2 0 2 1 0 1 1 8

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141005886007

(415)7707212489984(8020) 000014100588600 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 4 4 0 0 1 2 8 7	3	Impuestos y Aduanas de Yopal	4 4	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Sede 0 9	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Casanare 8 5	Tauramena 4 1 0	

165. Dirección: CR 15 8 63

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono: 6 2 4 7 1 1 8	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación Bancaria

Bancolombia

Tauramena, 16 de Mayo de 2025

Señor(a)

A quien corresponda

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA** identificado (a) con NIT. **844.001.287**, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA AHORROS	369-000022-75	2025/05/16	ACTIVA

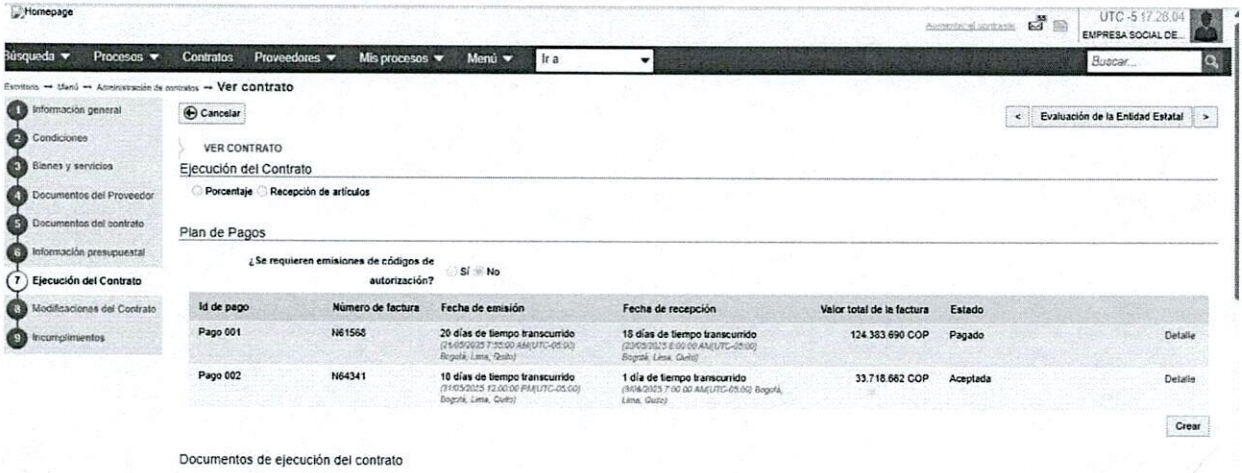
CUENTA DENOMINADA: CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 5168 DE 2025-04-24.

"OBJETO: REALIZAR EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES EN SALUD – SGP VIGENCIA 2025, RECURSOS ORIENTADOS A LA FIRNANCIACIÓN DE LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA."

BANCOLOMBIA.
Tauramena - Of. 369 Tauramena
Asesor de servicios Nº 154
Cédula Nº 1053811565

* **Importante:** Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (575) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 – Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A.


Homepage
UTC-5 17:28:04
EMPRESA SOCIAL DE...
Búsqueda
Procesos
Contratos
Proveedores
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
Pago 001
N61568
20 días de tiempo transcurrido
(21/03/2025 7:55:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
18 días de tiempo transcurrido
(20/03/2025 8:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
124.383.690 COP
Pagado
Detalle
Pago 002
N64341
10 días de tiempo transcurrido
(31/03/2025 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
1 día de tiempo transcurrido
(9/04/2025 7:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
33.718.662 COP
Aceptada
Detalle
Crear
Documentos de ejecución del contrato