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
REVISADO

Yopal, 08 de Julio de 2025

Pago N° 3

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 de Salud
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	31.5%	124.383.690,00	269.749.303,00
		2	8.5%	33.718.662,00	236.030.641,00
		3	8.5%	33.718.662,00	202.311.979,00
Valor Ejecutado:	191.821.014,00	Valor por Ejecutar:	$202.311.979,00	Valor no Ejecutado:	$202.311.979,00
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.

VoBo _____

Oficina Jurídica
Secretaría de S.
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	33534270	$146.819.177	$ 18.354.300	$ 18.354.300	06-2025	NUEVA E.PS SANITAS, CAPRESOCA
PENSIÓN	16	33534270	$146.819.177	$ 24.344.500	$ 24.344.500	05-2025	COLPENSIONES, PORVENIR, PROTECCION
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor Cancelado:	Entidad:		FIC Vr Cancelado	
	5	33534270	$ 3.680.700	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS			

Concepto	ICBF	SENA	Caja de Compensación Familiar
% de Liquidación	3%	2%	4%
Valor Cancelado	$ 4.796.200	$ 3.198.000	$ 6.394.300

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: 08/07/2025

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 _____

			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: 25 de Abril 2025

SUPERVISOR

LADY CAROLINA FLOREZ SIERRA
CC No. 1.118.536.508 de Yopal
Directora de Seguridad Social y Garantía de la Calidad
Fecha: 25 de Abril 2025

Reviso:
Nombre:

VoBo _____

Acta de Recibo Parcial No. 3 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. 3 de 2025-07-08

En la ciudad de Yopal, a los Ocho(08) días del mes de Julio de 2025, se reunieron LADY CAROLINA FLOREZ SIERRA, DIRECTOR(A) DE SEGURIDAD SOCIAL Y GARANTÍA DE LA SALUD Y LUIS FREDY MARTÍNEZ MONTAÑO, DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO, quienes actúan 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:892099210-6

ACTA DE RECIBIDO PARCIAL

FO-AB-60
2014-05-30
V.02

Acta de Recibo Parcial No. 3 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
VALOR INFORME No. 2	$33.718.662,00	$0,00	$33.718.662,00
PRESENTE INFORME	$33.718.662,00	$0,00	$33.718.662,00
POR EJECUTAR	$202.311.979,00		
TOTAL	$394.132.993,00	$0,00	$191.821.014,00

VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA NO. 3: $33.718.662,00 M.L.C.

Acta Pago 3 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 Ocho (08) días del mes de Julio del 2025.

LADY CAROLINA FLOREZ SIERRA
Supervisor(a)

LUIS FREDY MARTÍNEZ MONTAÑO
Supervisor(a)

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

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

*** ORIGINAL ***

FECHA: 08 de Julio del 2025 **VENCE:** 30 de Julio del 2025
CLIENTE: DEPARTAMENTO DE CASANARE
Dirección: CR 19 NO 6-100
Observac: REALIZAR EJECUCION DE LOS RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONESEN SALUD-SGP VIGENCIA2025, RECURSOS ORIENTADOS A LA FINACIACION DE LOS GASTOS DE
Anexos: LA OPERACION CORRIENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA, EL CUALCORRESPONDE AL TERCER PAGO PARCIAL DEL CONTRATO No.CAS-FDS-CONV-003-2025-5168
Fecha validacion DIAN: 08/07/2025 07:47:49

Factura Electrónica de Venta N65264
NIT: 892099216
TEL: 986357777 0 **CIUDAD:** Yopal
Contrato: SO
Convenio:]
Medio de pago: Transferencia Crédito Bancario
Forma de pago: Crédito

Nro.	Comp.	Fecha	Descripción	T.I.	No.Doc	Edad	Concepto	Cant.	Valor	copago	autoriz	cod.serv	und
1	242084	04/06/2025					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: 36db4a7dc9b15e512162f975faabd5c683f4d8129b1f69ec73b69f95d8a6421483b6f3caf96f69187dcab215330d118c

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.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

5E266A958904975

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.

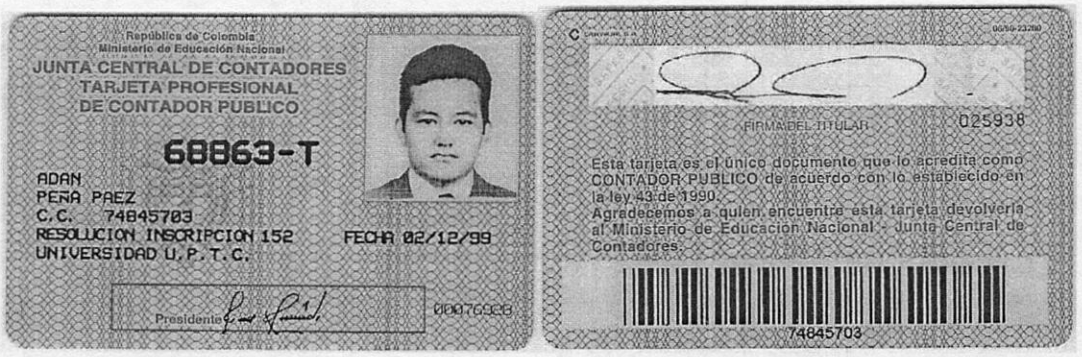
NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

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



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 diciembre 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 diciembre 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 diciembre 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
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
33534270	MAYO	2025-05-26

La última planilla paga corresponde a la 33534270 del 2025-05-26.

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

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

MILAYEV CONZALEZ RODRIGUEZ
Representante legal



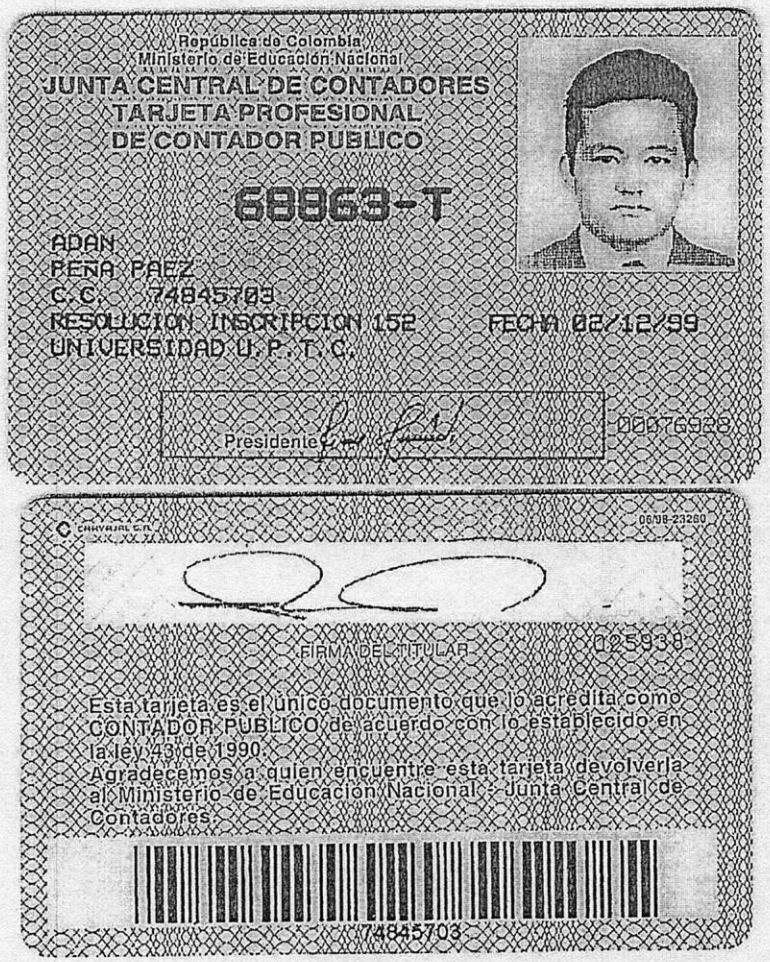
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
74.845.703
NUMERO
PEÑA PAEZ
APELLIDOS
ADAN
NOMBRES
FIRMA



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
INDICE DERECHO

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



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
2025-05	2025-06	33534270	E	2025-05-26	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	60.768.000	0	BANCOLOMBIA

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
34	33534270	2025-06-20	Pagada

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN						SALUD				CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
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.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 6776872	ESPITIA ROPERO ALFONSO	2.813.210	F									X							0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	3.343.618	535.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	3.343.618	418.000	COMFACASA NARE-CCF69	3.343.618	133.800	3.343.618	81.500	0,02436	3.343.618	66.900	100.400	0	0	01	0	1.335.600	N	3861001
2	CC 7231347	ZORRO WILSON IVAN	2.813.210	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.813.210	450.200	0	0	SANITAS-EPS005	2.813.210	351.700	COMFACASA NARE-CCF69	2.813.210	112.600	2.813.210	68.600	0,02436	2.813.210	56.300	84.400	0	0	01	0	1.123.800	N	3861001
3	CC 9656141	GONZALEZ CACHAY HERMES	2.835.093	F																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
4	CC 17347244	ORTIZ MOLINA JOLMAN DARIO	2.471.149	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	2.471.149	395.400	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.471.149	308.900	COMFACASA NARE-CCF69	2.471.149	98.900	2.471.149	60.200	0,02436	2.471.149	49.500	74.200	0	0	01	0	987.100	N	3861001
5	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
6	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
7	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
8	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
9	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
10	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
11	CC 24230906	BOHORQUEZ SANCHEZ MARIA MARGARITA	3.794.530	F									X							0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	5.122.615	819.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	5.122.615	640.400	COMFACASA NARE-CCF69	5.122.615	205.000	5.122.615	124.800	0,02436	5.122.615	102.500	153.700	0	0	01	0	2.046.100	N	3861001
12	CC 24231745	HERMOSA VELASQUEZ CLARISA	3.794.530	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	3.794.530	607.200	0	0	SANITAS-EPS005	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
13	CC 33625311	GONZALEZ RODRIGUEZ MILAYEV	7.842.236	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	7.842.236	1.254.800	39.300	39.300	SANITAS-EPS005	7.842.236	980.300	COMFACASA NARE-CCF69	17.621.500	704.900	7.842.236	191.100	0,02436	17.621.500	352.500	528.700	0	0	01	0	4.090.900	N	3861001
14	CC 33625565	JIMENEZ HERNANDEZ BIVIANA	2.922.487	F									X							0			18	18	18	18	PORVENIR-230301	2.776.364	444.300	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.776.364	347.100	COMFACASA NARE-CCF69	6.431.350	257.300	2.776.364	67.700	0,02436	6.431.350	128.700	193.000	0	0	01	0	1.438.100	N	3861001
15	CC 33625565	JIMENEZ HERNANDEZ BIVIANA	2.922.488	F													X			0			12	12	12	12	PORVENIR-230301	1.168.996	187.100	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.168.996	146.200	COMFACASA NARE-CCF69	1.168.996	46.800	1.168.996	0	0,00000	1.168.996	23.400	35.100	0	0	01	0	438.600	N	3861001
16	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
17	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
18	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
19	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
20	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
21	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	5861001
22	CC 47428398	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
23	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
24	CC 52217614	MARTINEZ CARO ADA 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	224.300	5.604.809	136.600	0,02436	5.604.809	112.100	168.200	0	0	01	0	2.238.600	N	3861001
25	CC 74845344	HERRERA BARRERA RODRIGO EDUARDO	2.813.210	V									X							0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	4.269.632	683.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	4.269.632	533.800	COMFACASA NARE-CCF69	4.269.632	170.800	4.269.632	104.100	0,02436	4.269.632	85.400	128.100	0	0	01	0	1.705.400	N	3861001
26	CC 91153114	CUBIDES GAMBOA TEOBALDO	2.813.210	F									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	4.917.256	786.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	4.917.256	614.700	COMFACASA NARE-CCF69	4.917.256	196.700	4.917.256	119.800	0,02436	4.917.256	98.400	147.600	0	0	01	0	1.964.000	N	3861001
27	CC 1002394597	RAMIREZ MENDEZ BRAYAN ARTURO	4.361.850	F									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	4.483.619	717.400	0	0	SANITAS-EPS005	4.483.619	560.500	COMFACASA NARE-CCF69	4.483.619	179.400	4.483.619	109.300	0,02436	4.483.619	89.700	134.600	0	0	01	0	1.790.900	N	3861001

28	CC 1006442727	COBA MUNEVAR LAURA JULIANA	4.862.288	F									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	6.536.739	1.045.900	32.700	32.700	SANITAS-EPS005	6.536.739	817.100	COMFACASANARE-CCF69	6.536.739	261.500	6.536.739	159.300	0,02436	6.536.739	130.800	196.200	0	0	01	0	2.676.200	N	3861001
29	CC 1007759502	SALCEDO FONTALVO CAROLINA ANDREA	4.361.849	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	4.361.849	697.900	0	0	SANITAS-EPS005	4.361.849	545.300	COMFACASANARE-CCF69	4.361.849	174.500	4.361.849	106.300	0,02436	4.361.849	87.300	130.900	0	0	01	0	1.742.200	N	3861001
30	CC 1010152634	MARIÑO GUERRERO ADRIAN FELIPE	4.862.288	F									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	6.457.220	1.033.200	32.300	32.300	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	6.457.220	807.200	COMFACASANARE-CCF69	6.457.220	258.300	6.457.220	157.300	0,02436	6.457.220	129.200	193.800	0	0	01	0	2.643.600	N	3861001
31	CC 1102878723	MONTERROSA MARTINEZ LIZZETH PAOLA	4.361.850	F																0			27	27	27	27	COLFONDOS-231001	3.925.665	628.200	0	0	SANITAS-EPS005	3.925.665	490.800	COMFACASANARE-CCF69	3.925.665	157.100	3.925.665	95.700	0,02436	3.925.665	78.600	117.800	0	0	01	0	1.568.200	N	3861001
32	CC 1102878723	MONTERROSA MARTINEZ LIZZETH PAOLA	4.361.850	F											X					0			3	3	3	3	COLFONDOS-231001	436.185	69.800	0	0	SANITAS-EPS005	436.185	54.600	COMFACASANARE-CCF69	0	0	436.185	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	124.400	N	3861001
33	CC 1115911808	TORRES REYES MARIA LILIANA	2.143.176	F																0			30	30	30	30	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
34	CC 1115913121	OSSA BERNAL YERLY VIVIANA	6.741.226	F																0			30	30	30	30	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
35	CC 1115917777	BENAVIDES CISNEROS EDWIN FABIAN	4.862.288	F									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	6.431.390	1.029.100	32.200	32.200	SANITAS-EPS005	6.431.390	804.000	COMFACASANARE-CCF69	6.431.390	257.300	6.431.390	156.700	0,02436	6.431.390	128.700	193.000	0	0	01	0	2.633.200	N	3861001
36	CC 1118203435	LEGUIZAMON RODRIGUEZ KEVIN STEVEN	4.862.288	F									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	6.167.002	986.800	30.900	30.900	SANITAS-EPS005	6.167.002	770.900	COMFACASANARE-CCF69	6.167.002	246.700	6.167.002	150.300	0,02436	6.167.002	123.400	185.100	0	0	01	0	2.525.000	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
2025-05	2025-06	33534270	E	2025-05-26	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	60.768.000	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
34	33534270	2025-06-20	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
146.819.177	146.819.177	146.819.177	159.817.242	159.817.242

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 3)				34	24.344.500	0	0	0	24.344.500
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	698.000	0	0	0	698.000
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	18	10.267.500	0	0	0	10.267.500
PORVENIR	230301	800224808	8	15	13.379.000	0	0	0	13.379.000
EPS(Administradoras: 3)				34	18.354.300	0	0	0	18.354.300
SANITAS	EPS005	800251440	6	13	8.319.500	0	0	0	8.319.500
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	20	9.766.900	0	0	0	9.766.900
EPSC CAPRESOCA	EPSC25	891856000	7	1	267.900	0	0	0	267.900
ARP(Administradoras: 1)				34	3.680.700	0	0	0	3.680.700
POSITIVA	14-23	860011153	6	34	3.680.700	0	0	0	3.680.700
CCF(Administradoras: 1)				34	6.394.300	0	0	0	6.394.300
COMFACASANARE	CCF69	844003392	8	34	6.394.300	0	0	0	6.394.300
SENA(Administradoras: 1)				34	3.198.000	0	0	0	3.198.000
SENA	PASENA	899999034	1	34	3.198.000	0	0	0	3.198.000
ICBF(Administradoras: 1)				34	4.796.200	0	0	0	4.796.200
ICBF	PAICBF	899999239	2	34	4.796.200	0	0	0	4.796.200
Gran Total					60.768.000	0	0	0	60.768.000

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

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 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

	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 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) 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	

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

Página 4 de 5 Hoja 5

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

Página 5 de 5 **Hoja 6**

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, 8 de Julio de 2025.

Señor

A quien pueda Interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA identificado(a) con NIT No. 844001287 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura (aaaa/mm/dd)	Estado
CUENTA AHORROS PLAN OFICIAL	36900002275	2025/05/16	A ACTIVA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

*** 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: En Bogotá (601) 343 0000, Medellín (604) 510 9000, Cali (602) 554 0505, Barranquilla (605) 361 8888, Bucaramanga (607) 697 2525, Cartagena (605) 693 4400, Resto del país 018000912345.
Sede principal Carrera 48 # 26-85 Torre Norte. Medellín – Colombia

Yalile Hospital tauramena

Ayer a la(s) 5:08 p. m.

