# GOBERNACION DEL AMAZONAS

Calle 10 No 10 - 77 Esquina
NIT. 899999336-9
LETICIA
Fecha : 19/09/2025

CANCELADO

**COMPROBANTE DE EGRESO Nº** 14282

**Beneficiario:** 838000096 - HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA E.S.E.
**Cuenta No:** 506133362 **Banco:** BBVA Cuenta Corriente

**Concepto :** CONTRATO INTERADMINISTRATIVO ENTRE LA GOBERNACIÓN DE AMAZONAS Y LA ESE SAN RAFAEL DE LETICIA PARA LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SUBCOMPONENTE DE SUBSIDIO A LA OFERTA VIGENCIA 2025. ID del contrato en SECOP CO1.PCCNTR.7807004. PAGO SEGUN CERTIFICADO DEL SUPERVISOR, CUENTA DE COBRO E INFORME DEL CONTRATISTA, EXONERACION DE ESTAMPILLAS. RP 2530

**Valor Egreso:** 3,890,834,663.45 **Orden:** 12704

**Banco:** BBVA **Cuenta Nº :** 506-151430

## CUENTAS CONTABLES

| COD. CUENTA | CONCEPTO | DEBITOS | CREDITOS |
|---|---|---|---|
| 111006040203 | 506-15143-0 Prestacioon De Servicio Salud No Cubierto A La Demanda | 0.00 | 3,890,834,663.45 |
| 248001 | Subsidio A La Oferta | 3,890,834,663.45 | 0.00 |
| | **TOTALES** | **3,890,834,663.45** | **3,890,834,663.45** |

## DISTRIBUCION PRESUPUESTAL

| RUBRO | NOMBRE |
|---|---|
| 04 - 2.3.3.19.06.010 - 87 | Prestacion del servicio para la poblacion amazonense |

**ROCIO DEL PILAR YATES VARGAS**
Tesorera General

**JONH HAROLD PEÑA LOPEZ**
Secretario de Hacienda

**ELABORO**
Grupo Tesoreria

RECIBIDO
22 SEP 2025
HORA: 10:15
Recibido por:
GOBERNACIÓN DE AMAZONAS

## ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO Nº 14,282

| No Nit | Beneficiario | Valor Neto Cheque Girado | Información bancaria beneficiario | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cuenta | Tipo Cuenta | Entidad Bancaria | |
| 838000096 | HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA E.S.E. | 3,890,834,663.45 | 506133362 | Corriente | BBVA | |
| | | **TOTAL 3,890,834,663.45** | | | | |

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

**Elaboro:** CRUBIO

COPIA


PCT Enterprise

# GOBERNACION DEL AMAZONAS

NIT. 899999336-9

**ORDEN DE PAGO**

GOBERNACION AMAZONAS CAUSADO CONTABILIDAD

**Vigencia Fiscal 2025** **Orden de Pago No. 12704**

**Lugar y Fecha:** LETICIA 18-sept.-2025

**Tipo de Orden:** CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SALUD

**Pagado a:** HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA E.S.E. **Nit/C.C. :** 838000096 CANCELADO 7 Entidad Pùblica

**Información Bancaria:** Cuenta Bancaria Nº 506005398 - BBVA -Ahorros

**Documento_:** CONTRATO 1502

**Facturas:**

**Concepto:** CONTRATO INTERADMINISTRATIVO ENTRE LA GOBERNACIÓN DE AMAZONAS Y LA ESE SAN RAFAEL DE LETICIA PARA LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SUBCOMPONENTE DE SUBSIDIO A LA OFERTA VIGENCIA 2025. ID del contrato en SECOP CO1.PCCNTR.7807004. PAGO SEGUN CERTIFICADO DEL SUPERVISOR, CUENTA DE COBRO E INFORME DEL CONTRATISTA, EXONERACION DE ESTAMPILLAS.

**Programa:**

Registro Presupuestal: **2530** Vigencia Registro: **2025** CONTRATO : 1502

**Detalle Orden**

| Imputación Presupuestal | Valor |
|---|---|
| 04 - 2.3.3.19.06.010 - 87 | 3.890.834.663,45 |
| | $ 3.890.834.663,45 |

**Detalle Liquidación**

| Descripción | % | V. Base | Valor |
|---|---|---|---|
| | | | |

**$ 3.890.834.663,45**

**Afectación Contable**

| Cuenta | Débito | Crédito | Descripción |
|---|---|---|---|
| 248001 | 0.00 | 3.890.834.663.45 | Subsidio A La Oferta |
| 54230406 | 3.890.834.663.45 | 0.00 | TRANSFERENCIA SUBSIDIO A LA OFERTA |
| | 3.890.834.663,45 | 3.890.834.663,45 | |

**LUZ MERY MUÑOZ MONTEIRO**
Jefe Oficina Grupo Contabilidad .

**Elaborado por :**

RECIBIDO
18 SEP 2025
HORA: 3:54
Recibido por:
GOBERNACIÓN DE AMAZONAS

IMPRIMIO : ANDRES ZAMBRANO CARDONA

BBVA

Net Cash

CANCELADO

# Detalle Fichero

25/Sep/25 10:08:11

## Información del fichero

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clave Empresa: | GOBAMAZONAS | Cuenta de Cargo: | AH - 00130506000200151430 |
| F.de proceso: | 22-09-2025 | Nombre Fichero: | osp san rafa de |
| Referencia: | DVT 22/09/2025 | Órdenes: | 2 |
| Producto: | Transferencias | Importe Total: | 7.781.669.326,90 |

| BENEFICIARIO | IDENTIFICACIÓN | CUENTA BENEFICIARIA | BANCO | IMPORTE (COP) | FORMA DE PAGO | MOTIVO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA | 0000008380000967 | 0506000200005398 | 0013 - BBVA COLOMBIA | 3.890.834.663,45 | | AUTORIZADO |
| HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA | 0000008380000967 | 0506000200005398 | 0013 - BBVA COLOMBIA | 3.890.834.663,45 | | AUTORIZADO |

REPUBLICA DE COLOMBIA

GOBERNACION DEL AMAZONAS

**GOBERNACION DEL AMAZONAS**
**SECRETARIA DE HACIENDA**
**GRUPO DE CONTABILIDAD**

**No. 540**

| ITEM | LISTA DE CHEQUEO PARA REVISION DE CONTRATOS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Fecha de Revisión | 18 DE SEPTIEMBRE DE 2025 | | | | | |
| | Contratante | **GOBERNACIÓN DE AMAZONAS** | | | | | |
| | Identificación del Contratante | NIT. 899999336-9 | | | | | |
| | Nombre del Contratista | **ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA** | | | | | |
| | Nit - C.C. | 838000096-7 | | | | | |
| | Representante Legal | DENNIS AMPARO VASQUEZ ARIAS | | | | | |
| | Números de Contacto | | | | | | |
| | Tipo de Contrato | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO | | **Contrato No.** | **1502** | **Fecha** | 24/04/2025 |
| | Objeto del contrato / convenio | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO ENTRE LA GOBERNACION DE AMAZONAS Y LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA PARA LA EJECUCION DE LOS RECURSOS DEL SUBCOMPONENTE DE SUBSIDIO A LA OFERTA VIGENCIA 2025. | | | | | |
| | Sector al que Pertenece | SALUD | | CDP No. | 1945 | Fecha CDP. | 7/04/2025 |
| | Supervision | JEFE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y GARANTIA DE LA CALIDAD | | Nombre Supervisor | **BERTHA ROSMERY LOZANO LOPEZ** | | |
| | Registro Presupuestal | Número R.P. | **2530** | Fecha R.P. | 24/04/2025 | Valor R.P. | **$ 45,348,365,055.00** |
| | Rubro Presupuestal | 04-2.3.3.19.06.010-87 | | Prestacion de servicio para la poblacion amazonense | | | $ 45,348,365,055.00 |
| | Valor Contrato / Convenio | Valor Inicial: | **$ 45,348,365,055.00** | Adicion | - | Valor Total | **$ 45,348,365,055.00** |
| | Forma de pago | TRANSFERENCIA | | 0% | Valor | | |
| | | PRIMERA TRANFERENCIA | O.P. No. | 3821 | $ 18,112,522,410.80 | $ 22,003,357,074.25 | |
| | | SEGUNDA TRANFERENCIA | O.P. No. | 6117 | $ 3,890,834,663.45 | | |
| | Valor autorizado | **$3,890,834,663.45** | | **Valor No Ejecutado o Pendiente por Cancelar** | | **$19,454,173,317.30** | |
| | Plazo de Ejecución | Hasta el 30 Diciembre de 2025, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de su perfeccionamiento y aprobación de pólizas. | | | | | |
| | Documento Para Pago | **CUENTA DE COBRO** | | **No.** | 3 | **Fecha** | 20 DE MAYO DEL 2025 |
| | Documentos Supervisor | ACTA DE INICIO | Fecha | 25/04/2025 | AUTORIZACION DE PAGO | Fecha | 12 DE SEPTIEMBRE DE 2025 |
| | | MEMORANDO DE DESIGNACION | Fecha | AÑO 2025 | | Fecha | |
| | | | Fecha | | | Fecha | |
| | Seguridad Social Contratista | PLANILLA No. | 33872800 MES DE JUNIO-JULIO / 2025 - 33872813 MES DE JUNIO-JULIO / 2025 - 32618174 MES DE FEBRERO | | | | |
| | Interventor del Contrato | NO APLICA | Nombre | | | | |
| | Documento de Rentas | EXONERACION | No. | 1140 | Fecha | 02 DE MAYO DEL 2025 | |
| | Documento de Rentas | EXONERACION | No. | 1140 | Fecha | 02 DE MAYO DEL 2025 | |
| | Retenciones | **Retefuente** | NO APLICA | | **Reteica** | NO APLICA | |
| | Copia RUT y/o Camara de Comercio | PRESENTA | **Código CIIU** | 8610 | | | |
| | Almacen | NO APLICA | Entrada de Consumo | | | Salida No. | |
| | Certificaciòn Bancaria | PRESENTA | CUENTA DE AHORROS | | 506005396 | | BANCO BBVA |
| | Observaciones | Se Procede a: | CAUSAR | Fecha | 18 DE SEPTIEMBRE DE 2025 | | |
| Firmas | **ANDRÉS F. ZAMBRANO C.** | **LUZ MERY MUÑOZ MONTEIRO** | | | | | |
| | **PROFESIONAL DE APOYO OF. CONTABILIDAD** | **JEFE OFICINA DE CONTABILIDAD** | | | | | |

BBVA

**BBVA COLOMBIA**
**NIT 860.003.020-1**

CERTIFICA

Que **HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA E.S.E** identificado(a) con **número 838.000.096** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Empresarial No 001305060002000053 98** aperturada el **25 de abril de 2025**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **506005398**
10 dígitos: **0506005398**
16 dígitos: **0506000200005398**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **25 de abril de 2025** a las **17:01**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA

FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA

**BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO**

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141171692641

(415)7707212489984(8020) 000014117169264 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 8 0 0 0 0 9 6 | 7 | Impuestos y Aduanas de Leticia 3 8 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación |
|---|---|---|
| Persona jurídica 1 | | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

35. Razón social
HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA E.S.E

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Amazonas 9 1 | Leticia 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 10 13 78 BRR JOSE MARIA HERNANDEZ D

42. Correo electrónico gerencia@esehospitalsanrafael-leticia-amazonas.gov.co

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 1 0 | 1 9 9 5 1 1 2 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 | 4 | 2 | 5 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico

### Usuarios aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 9

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 ORTIZ SUAREZ JULY ELIZABETH

985. Cargo Analista II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO