Yo, **CLARA INES MARTINEZ MUÑOZ**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL SAN SEBASTIAN DE MORALES**					
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**806007002**			
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	13008702025	FECHA SUSCRIPCIÓN	6 (día) noviembre (mes) 2025 (año)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 29 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	HASTA 31 (día) mayo (mes) 2026 (año)		RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**	
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	10 (día) abril (mes) 2026 (año)					

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 2 DE 6	
VALOR A PAGAR	$ 80.630.583,00	EN LETRAS	OCHENTA MILLONES SEISCIENTOS TREINTA MIL QUINIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE.
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) enero (mes) 2026 (año)	HASTA 31 (día) enero (mes) 2026 (año)	

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN DESDE EL SECTOR INCLUSIÓN SOCIAL - CONTRIBUCIÓN CON ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL COMPONENTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN PARA LA POBLACIÓN COLOMBIANA A NIVEL NACIONAL	326	27	C-4602-1500-5-30205B-4102016-02	101 ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN	A-02-02-02-009-003-03	$ 80.630.583,00

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACION BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA	NÚMERO DE CUENTA	330000200007704	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$	80.630.583,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	80.630.583,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	80.630.583,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
CLARA INES MARTINEZ MUÑOZ	COORDINADORA	BOLIVAR	CENTRO ZONAL SIMITI	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
ALBA REGINA MENDOZA MUÑOZ	TECNICO ADMINISTRATIVO	BOLIVAR	CENTRO ZONAL SIMITI	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	**ÁREA**	**FIRMA**	**FECHA (dd/mm/aaaa)**
LINA MARCELA BETIN ALVAREZ	GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE PREVENCION		10/04/2026

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS			
RECEPCIÓN DOCUMENTOS			
NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA
DEVOLUCIONES			
NOMBRE QUIÉN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN			
NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

Morales Bolivar, 17 de marzo del 2026

CUENTA DE COBRO No. 02

Convenio Interadministrativo: N.° 13008702025 ENTRE EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF Y LA ESE HOSPITAL LOCAL SAN SEBASTIÁN "Aunar esfuerzos humanos, técnicos, tecnológicos, administrativos y financieros para la implementación del servicio integrado de atención y prevención de la desnutrición del ICBF, en concurrencia con los servicios propios del sistema de salud colombiano para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa."

Periodo de Cobro: de 01 al 31 de enero del 2026

Conceptos Operacionales.

CONCEPTO	1 MES 2026
Profesional con funciones de coordinación	$ 5.043.000
Profesional en pedagogía	$ 4.371.009
Dinamizador de acciones complementarias en el marco del DHAA*	$ 2.583.284
Apoyo administrativo	$ 2.389.806
Profesional Nutricionista	$ 13.113.027
Profesional del área social	$ 13.113.027
Auxiliar de Enfermería	$ 12.540.213
Gestores Comunitarios	$ 6.929.418
SUBTOTAL TALENTO HUMANO	**$ 60.082.784**
Transporte	$ 7.577.320
SUBTOTAL TRANSPORTE	**$ 7.577.320**
Reposición de dotación	$ 2.500.000
Elementos de Aseo - Talento Humano	$ 101.874
Papelería	$ 1.427.611
Comunicaciones	$ 296.489
SUBTOTAL COSTOS INDIRECTOS	**$ 4.325.963**
Gastos operacionales	$ 8.321.496
SUBTOTAL GASTOS OPERACIONALES	**$ 8.321.496**
Gravamen movimiento financiero	$ 323.020
SUBTOTAL GRAVAMEN MOVIMIENTO FINANCIERO	**$ 323.020**
TOTAL COSTOS FIJOS MES DE ENERO	**$ 80.630.583**

Declaración

La **ESE Hospital Local San Sebastián**, identificada con NIT. 806007002-0, en calidad de ejecutora del convenio interadministrativo No. 13008702025 suscrito con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, presenta la presente **Cuenta de Cobro** por la

suma de **OCHENTA MILLONES SEISCIENTOS TREINTA MIL QUINIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE ($ 80.630.583)**, correspondiente a la ejecución de actividades y prestación de servicios durante **01 de enero al 31 de enero del 2026**, conforme a lo estipulado en el convenio y la guía práctica de ejecución.

Para el correspondiente pago consignar a la cuenta del Banco BBVA, cuenta de Ahorro No. 0330000200007704 suministrada al ICBF para el manejo de los recursos del convenio No. 13008702025

JAVIER LEONARDO BADILLO DIAZ.
C.C.: 1.007.377.160
Cargo: Gerente y Representante Legal

ESE HOSPITAL LOCAL SAN SEBASTIÁN
Morales – Bolívar
NIT. 806007002

Señores
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF – Regional Bolívar
Ciudad

Asunto: Certificación de cumplimiento en el pago de aportes de seguridad social en el periodo de enero del 2026.

Respetados señores,

En mi calidad de Gerente de la Empresa Social del Estado *Hospital Local San Sebastián* de Morales, Bolívar, identificada con NIT 806007002, me permito certificar que la entidad **ha cumplido en su totalidad con el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión, riesgos laborales y parafiscales) correspondientes a sus empleados por el periodo de enero de 2026**, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, conforme a la normatividad vigente.

Adicionalmente, que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensión y ARL correspondiente al mes de enero 2026

Lo anterior en cumplimiento de los dispuesto en el articulo 50 de la Ley 789 de 2002 el artículo 23 de la Ley 1150 del 2007

La presente certificación se expide con el fin de dar cumplimiento a los requisitos de cobro del periodo de enero de 2026 dentro de la ejecución del **Convenio Interadministrativo No. 13008702025**, suscrito entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la ESE Hospital Local San Sebastián.

Se constancia se firma a los 17 días del mes de marzo del 2026 y se expide para los fines pertinentes.

Atentamente,

Javier Leonardo Badillo Diaz
Gerente y R.L
ESE Hospital Local San Sebastián
Morales – Bolívar

Diomar Claro Marque
Contador Público
T.P. 54195-T
ESE Hospital Local San Sebastián
Morales – Bolívar

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 91.271.802

CLARO MARQUEZ

APELLIDOS

DIOMAR

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-DIC-1970

GAMARRA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-DIC-1988 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

R-1200100-01472535-M-0091271802-20241025 0142399304A 1 8512555048

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

2342625211841 2F0

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 **DIOMAR CLARO MARQUEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 91271802 de BUCARAMANGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 54195-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



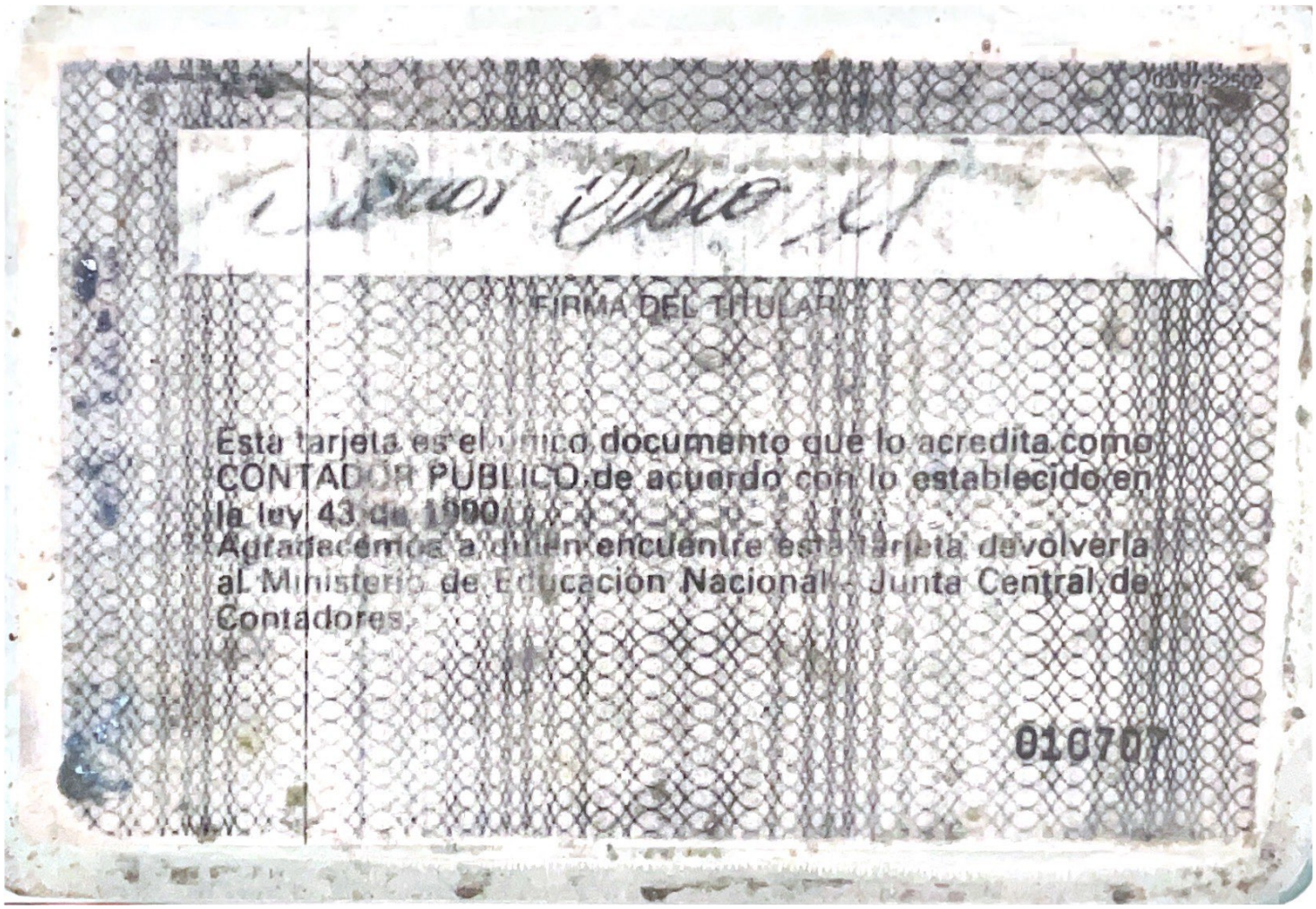
54195-T

DIOMAR
CLARO MARQUEZ
C.C. 91271802

RESOLUCION INSCRIPCION 101 FECHA 17/07/97
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO

Presidente

00061977



FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

010707

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141003829851

(415)7707212489984(8020) 000014100382985 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 6 0 0 7 0 0 2	0	Impuestos y Aduanas de Barrancabermeja 2 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
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
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL SAN SEBASTIAN DE MORALES

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Morales 4 7 3

41. Dirección principal
KM 1 VIA PUERTO BOLIVAR

42. Correo electrónico gerencia@esehospimorales.gov.co

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

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 9 0 4 2 6							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	6	7	1	4	1	6	4	2	4	8	5	2														

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 7 61. Fecha 2024 - 04 - 03 / 11 : 31: 33

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 RODRIGUEZ RODRIGUEZ LINA MARCELA
985. Cargo Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003829851

(415)7707212489984(8020) **000014100382985 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 6 0 0 7 0 0 2	0	Impuestos y Aduanas de Barrancabermeja	2 9	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	3	63. Formas asociativas		64. Entidades o insitutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	2 1
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 0 5	8 2
73. Fecha	1 9 9 9 0 4 2 6	2 0 1 4 0 9 0 5
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 1	0 1
76. Fecha de registro	1 9 9 9 0 4 2 6	2 0 1 4 0 9 0 5
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 3	1 3
79. Ciudad/Municipio	4 7 3	4 7 3

Vigencia

80. Desde	1 9 9 9 0 4 2 6
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	1 0 0 . 0 %
84. Nacional privado	0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

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 7 0 1 0 2		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003829851

(415)7707212489984(8020) **000014100382985 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 6 0 0 7 0 0 2	0	Impuestos y Aduanas de Barrancabermeja	2 9

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 0 4 0 1		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 0 0 7 3 7 7 1 6 0		
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
BADILLO	DIAZ	JAVIER	LEONARDO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.007.377.160

BADILLO DIAZ

APELLIDOS

JAVIER LEONARDO

NOMBRES

JAVIER BADILLO

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-1989

AGUACHICA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.85
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

16-NOV-2007 AGUACHICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1207500-00238757-M-1007377160-20100507 0022119090G 1 30736639

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHjldeleon	JORGE LUIS DE LEON GUZMAN
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	46-02-00-013	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL BOLIVAR
Fecha y Hora Sistema:	2026-02-11-4:19 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 326 de fecha 2026-01-02. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	326	**Fecha Registro:**	2026-01-02	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		46-02-00-013 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL BOLIVAR			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	1.020.963.762,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	1.020.963.762,00	**Saldo x Obligar:**	1.020.963.762,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	806007002	**Razón Social:**	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL SAN SEBASTIAN DE MORALES	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	330304254	**Banco:**	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	45693711	**Nombre:**	BETTY CECILIA PALLARES CABRERA	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	13008702025	**Tipo:**	CONTRATO DE APORTE	**Fecha:**	2025-11-06

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
101 ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN	C-4602-1500-5-30205B-4102016-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN DESDE EL SECTOR INCLUSIÓN SOCIAL - CONTRIBUCIÓN CON ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL COMPONENTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN PARA LA POBLACIÓN COLOMBIANA A NIVEL NACIONAL	Propios	27	CSF					
						1.020.963.762,00	0,00		
					Total:	1.020.963.762,00	0,00	1.020.963.762,00	1.020.963.762,00

Objeto:	Aunar esfuerzos humanos, técnicos, tecnológicos, administrativos y financieros para la implementación del servicio integrado de atención y prevención de la desnutrición del ICBF

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
46-02-00-013	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL BOLIVAR	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2026-01-30	1.020.963.762,00	1.020.963.762,00	NINGUNO



FIRMA(S) RESPONSABLE(S)