Yo, **MARGARITA ROSA LOBO OROZCO**

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	HOSPITAL CAMILO VILLAZON PUMAREJO E.S.E. DEL MUNICIPIO DE PUEBLO BELLO						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	824002672				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	20005562025	FECHA SUSCRIPCIÓN	7 (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	20 (día) mayo (mes) 2026 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	5 DE 6
VALOR A PAGAR	$ 429.865.254,00	EN LETRAS	CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) abril (mes) 2026 (año)	HASTA	30 (día) abril (mes) 2026 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ATENCION Y PREVENCION A LA DESNUTRICION	5326	27	C-4602-1500-5-302058-4102016-02	101	02-02-02-009-003-03	$ 429.865.254,00

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

2.2 INFORMACION BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:	BANCO DE BOGOTA	NÚMERO DE CUENTA	091432690	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

El valor certificado corresponde al QUINTO desembolso del aporte ICBF del convenio No. 20005562025, el valor corresponde al valor legalizado por la ESE para el periodo 1 al 30 de abril de 2026.

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	$	429.865.254,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	429.865.254,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	429.865.254,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
MARGARITA ROSA LOBO OROZCO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CESAR	GRUPO DE PREVENCIÓN	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
IVONNE QUINTANA BALLESTA	APOYO TÉCNICO	CESAR	GRUPO DE PREVENCIÓN	
FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
DIANA CAROLINA MOGOTOCORO BENJUMEA	APOYO FINANCIERO NUTRICIÓN	CESAR	GRUPO DE PREVENCIÓN	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	**ÁREA**	**FIRMA**	**FECHA (dd/mm/aaaa)**
DIANA CAROLINA MOGOTOCORO BENJUMEA	GRUPO DE PREVENCIÓN		20/05/2026

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

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

Documento de cobro No. 004

INSTITUTO COLOMBIANO DEL BIENESTAR FAMILIAR
NIT: No. 899.999.239-2

DEBE A:

HOSPITAL CAMILO VILLAZON PUMAREJO
NIT: No. 824.002.672-8

LA SUMA DE:
CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUETA Y CUATRO PESOS **(429.865.254,00)** M/CTE.

POR CONCEPTO DE:

Quinto desembolso correspondiente al mes de abril del Convenio Interadministrativo No. 20005562025 de fecha 29 de diciembre de 2025, que tiene como objeto **"ANUAR ESFUERZO HUMANOS, TECNICOS, TECNOLOGICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION DEL ICBF, EN CONCURRENCIA CON LOS SERVICIOS PROPIOS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO PARA EL MANEJO DE LA DESNUTRICION AGUDA MODERADA Y SEVERA",** suscrito entre las partes y correspondiente al periodo del 01 al 30 de abril de 2026.

Se firma en Pueblo Bello, Cesar a día Diecinueve (19) del mes de mayo del año 2026.

CAMILO ROJAS CRIALES
Representante Legal
CC. 87.101.709

Empresa Social del Estado
HOSPITAL
CAMILO VILLAZÓN PUMAREJO

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Pueblo Bello Cesar, 19 de mayo de 2026
.

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
Regional Cesar
Valledupar

Asunto: certificación de paz y salvo aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario, la entidad que represento ha pagado los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales (Caja de Compensación Familiar, SENA e ICBF); y se encuentra a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Atentamente,



CAMILO ROJAS CRIALES
Representante Legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

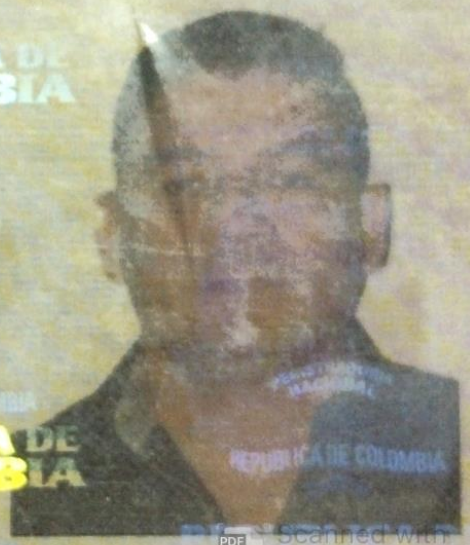
NÚMERO **87.101.709**

ROJAS CRIALES

APELLIDOS

CAMILO

NOMBRES



FIRMA

Scanned with MOBILE SCANNER



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-SEP-1979**

VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

12-NOV-1997 IPIALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

MOBILE SCANNER

A-1200100-01063451-M-0087101709-20190221 **00645**82327A 1 7805316275

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141186665363

(415)7707212489984(8020) 000014118666536 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 4 0 0 2 6 7 2	8	Impuestos y Aduanas de Valledupar 2 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
HOSPITAL CAMILO VILLAZON PUMAREJO E.S.E. DEL MUNICIPIO DE PUEBLO BELLO

36. Nombre comercial	37. Sigla
	HCVP

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Pueblo Bello 5 7 0

41. Dirección principal
CR 10 9 45 BRR CENTRO

42. Correo electrónico Gerencia@esehcvp.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 8 2 6 8 9 0 9	

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 9 0 7 2 1	8 6 9 1	1 9 9 9 0 7 2 1	8 6 9 9				

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
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 61. Fecha 2025-06-16 / 05:16:48PM

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 ROJAS CRIALES CAMILO

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: 141186665363

(415)7707212489984(8020) **000014118666536 3**

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

Vigencia

80. Desde	1 9 9 9 0 7 2 9
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: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 1 5 0 1 0 1		-
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: 141186665363

(415)7707212489984(8020) **000014118666536 3**

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 0 3 0 1		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	8 7 1 0 1 7 0 9		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ROJAS	CRIALES	CAMILO	
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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141186665363

(415)7707212489984(8020) **000014118666536 3**

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

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

135. Fecha de nombramiento

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	1 0 6 3 5 9 6 8 2 8	9	2 6 6 9 9 0 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
ARIAS	QUINTANA	MAGRET	LORAINES

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada
8 2 4 0 0 2 6 7 2	8	HOSPITAL CAMILO VILLAZON PUMAREJO E.S.E. DEL MUNICIPIO DE PUEBLO BELLO

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 4 1 1 0 1

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO