REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.099.216-6

BPAG

NDT - COMPR. EGRESO TESORERIA CRC-03

COMPROBANTE DE EGRESO: NDT - 20260753 **FECHA : 27-ABR-2026**

CUENTA PAGADORA: 220-252-18720-8 - C.M. PRESTACION DE SERVICIO

Documento de Causación: OP-20261098 **Radicado :**

Contrato: 5168 ABR 25 DE 2025 **Acta de Pago :** ACTA DE LIQUIDACION

Tercero : 844001287 - ESE HOSPITAL LOCAL TAURAMENA

Beneficiario : 844001287 - ESE HOSPITAL LOCAL TAURAMENA

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
36900002275	BANCO DE COLOMBIA	A

Concepto: ACTA DE LIQUIDACION DEL CONVENIO 5168 DEL 25 DE ABRIL DE 2025 REALIZAR EJECUCION DE LOS RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES EN SALUD SGP - 2025 FINANCIACION DE GASTOS DE OPERACION CORRIENTE DE LA ESE TAURAMENA FACTURA N69849

Orden de Pago		Descripción	Valor
OP	20261098	ESE HOSPITAL LOCAL TAURAMENA	3,941,329.93

TOTALES CONTABLES **3,941,329.93**

Movimiento Contable

Cuenta	Descripción	3,941,329.93 Debitos	3,941,329.93 Creditos
240101007	Prestacion de servicios de Salud por pagar	3,941,329.93	0.00
111006007007	Popular Cta Maestra Prestacion de Servicios 220-252-18720-8	0.00	3,941,329.93

Heiler

Elaboró Revisó Aprobó

Fecha de Aplicacion: 27-ABR-2026 Usuario: TESOCONSULTA Terminal: GOBCAS\HATE-DLN-0908

banco popular

WWW.BANCOPOPULAR.COM.CO

Carga de Archivos

Empresa: DEPARTAMENTO DE CASANARE
Tipo Dcto: NIT Persona Jurídica **No. Dcto:** 892099216
Generado por: YOLMAN ESTEPA MENDIVELSO

A continuación el detalle de: Resumen Registros Enviados - Ver Registros

Tipo Archivo	Nombre Archivo	Nombre Técnico Archivo	Fecha Envío	Valor Total Archivo	No. Registros Enviados	Estado
Pagos	7208OP20261098	PD1G01MLMU	2026/04/27	$3,941,329.93	1	Procesado

Información Adicional

Fecha Carga	Hora Carga	Hora Envío	Usuario Creador	Fecha Actualización	Hora Actualización	Valor Total Archivo	Valor Archivo Enviado
2026/04/27	13:42:13	15:55:33	YOLMAN ESTEPA	2026/04/28	18:10:14	$3,941,329.93	$3,941,329.93

Valor Registros	Valor Registros Errados	No. Total Registros	No. Registros	No. Registros	No. Registros en	Usuario Aprueba/Rechaza
$0.00		1	0		0	HEILER EFREN FUENTES

Usuario Aprueba/Rechaza

Nombres y Apellidos	Fecha Autorización	Acción
HEILER EFREN FUENTES	2026/04/27 15:55:27	Aprobado

Resumen Registros

Producto Originador	Fecha Efectiva	Valor Transacción	No. Identificación Receptor	Nombre Receptor	Entidad Financiera	No. Producto Destino	Estado
220252187208	2026/04/27	$3,941,329.93	844001287	ESE HOSPITAL LOCAL TAU	Bancolombia	36900002275	Exitoso

720-8

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.099.216-6

ORDEN DE PAGO No : 03 - 20261098

VALOR : $3,941,329.93

FECHA : 24-ABR-2026

RVASE ESE HOSPITAL LOCAL TAURAMENA NIT:844001287
GARA :

SUMA DE : TRES MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTINUEVE PESOS CON 93/100 M/CTE

ONCEPTO : ACTA DE LIQUIDACION DEL CONVENIO 5168 DEL 25 DE ABRIL DE 2025 REALIZAR EJECUCION DE LOS RECURSOS D SUBSIDIO A LA OFERTA DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES EN SALUD SGP - 2025 FINANCIACION DE *GASTOS DE OPERACION CORRIENTE DE LA ESE TAURAMENA FAC*

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

RUBRO	DESCRIPCION	VALOR
2.PS. 18 1906 0000 2024006860004 190228 124204 2 3 2 02 02 101	*Fortalecimiento Institucional de la red de prestadores de servicios que brindan atención en salud a población a cargo del Departamento de Casanare*	*3,941,329.93*

REGISTRO CONTABLE

CODIGO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
30208002	Servicios de Salud	3,941,329.93	
10101007	Prestacion de servicios de Salud por pagar		3,941,329.93

DEPARTAMENTO DE CASANARE
TESORERIA
27 ABR 2026
HORA 2:17 PM
RECIBI:

NETO A PAGAR $3,941,329.93

ORDENADOR DEL PAGO

TESORERO

DIRECTOR DE CONTABILIDAD

RECIBI

C.C ó NIT

BANCO No. CUENTA No. CHEQUE FECHA

Dirección: 24 ABR 26

Hora:

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

24 ABR 2026
Recibí: [illegible]
Hora: 2:10 Pm

Oficina Jurídica

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

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

Yopal, 19 de enero de 2026

Pago N° 10

Seleccione según corresponda

Contrato	☐	Convenio	x	Contrato Interadministrativo		N° 5168 de 2025-04-25 SECOP II CAS-FDS-CONV-003-2025

Documento Soporte según forma de pago

Informe de actividades	☐	Actas Parcial		Acta de liquidación	X	Anticipo		Pago Anticipado		Fecha:	18/12/2025
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

Secretaría de Hacienda
DIRECCIÓN TÉCNICA DE CONTABILIDAD
CO 4004

2. Información General.

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

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

22 ABR 2026
Recibí: [illegible]
Hora: 4:10 Pm

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	8.PS.19.1906.0300.202 4005850064.190328.13 3703.2.3.2.02.02.101	2504181	27/10/2025	$8.108.937,40	2505168	05/11/2025	$8.108.937,40
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)			$ 402.241.930,4

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)

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

VoBo _____

		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	3.941.329,93		

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
$ 402.241.930,4	$ 402.241.930,40	$ 0

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

Aportes Gobernación	Desembolsos o transferencias N°	% desembolso o transferencia	Valor	Saldo por Desembolsar o Transferir.
$ 402.241.930,4	1	30,9%	124.383.690,00	277.858.240,40
	2	8,3%	33.718.662,00	244.139.578,40
	3	8,3%	33.718.662,00	210.420.916,40
	4	8,3%	33.718.662,00	176.702.254,40
	5	8,3%	33.718.662,00	142.983.592,40
	6	8,3%	33.718.662,00	109.264.930,40
	7	8,3%	33.718.662,00	75.546.268,40
	8	10,3%	41.827.599,4	33.718.669,00
	9	7,4%	29.777.339,07	3.941.329,93
	10	1,6%	3.941.329,93	3.941.329,93

Valor Ejecutado:	402.241.930,4	Valor por Ejecutar:	0	Valor no Ejecutado:	0
Descuento Actual:			Total de Descuentos: sin incluir el valor no ejecutado	$	
Valor Actual a Desembolsar o transferir:		3.941.329,93			

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

VoBo _____

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

Valor a Girar:	($3.941.329,93). Tres millones novecientos cuarenta y un mil trescientos veintinueve pesos con noventa y tres centavos.

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:	3.941.329,93	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 manerá: 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	35809636	$148.902.405	$ 18.614.900	$ 18.614.900	01-2026	NUEVA E.PS SANITAS, EPSC CAPRESOCA
PENSIÓN	16	35809636	$148.902.405	$ 25.316.200	$ 25.316.200	12-2025	COLPENSIONES, PORVENIR
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor Cancelado:	Entidad:			FIC Vr Cancelado
	5	35809636	$ 3.248.100	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS			

Concepto	ICBF	SENA	Caja de Compensación Familiar
% de Liquidación	**3%**	**2%**	**4%**
Valor Cancelado	$ 5.957.800	$ 3.972.800	$ 7.943.400

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: 11/02/2026

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:	24/12/2024	Tiempo Real Ejecutado:	N° 8 meses

Valor Ejecutado	Saldo a Favor del Contratista/Cooperante	Saldo no ejecutados objeto del contrato	Otros Descuentos	Reintegro al Departamento	Rendimientos Financieros
$ 402.241.930,40	$0	$0	Descripción:	Valor **$ 65,243.76**	Valor $ 65,243.76
				Fecha Reintegro: 20/02/2026	Fecha consignación 20/02/2026
			Valor $0	Fecha Certificado tesorería 19/02/2026	Fecha Certificado tesorería 19/02/2026

VoBo _____

(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 25-04-2025

SUPERVISOR

LUIS FREDY MARTÍNEZ 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 junio 2025

Revisó:
Nombre:

Acta de Liquidación 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 DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE COMÚN ACUERDO

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 5168 de Fecha 2025-04-25

CONTRATO No.: 5168

CONTRATANTE: DEPARTAMENTO DE CASANARE

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

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.

VALOR INICIAL: $394.132.993,00
VALOR ADICIONAL: $8.108.937,40
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $402.241.930,40 M.L.C.

PLAZO DE EJECUCIÓN: Ocho (8) MESES

PLAZO DE EJECUCIÓN CON ADICIONES: Ocho (8) MESES

FECHA ACTA DE INICIO: 2025-04-25

FECHA TERMINACIÓN INICIAL: 2025-12-24

FECHA TERMINACIÓN: 2025-12-24

En la ciudad de Yopal, a los veinte (20) días del mes de Abril de 2026, se reunieron: por el Departamento YURY TATIANA CHAVEZ DUQUE, en su calidad de SECRETARIO(A) SALUD y por la 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, con el objeto de levantar el acta de liquidación del CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 5168 del 2025-04-25, previa las siguientes consideraciones:

PRIMERA: Que el plazo para la ejecución del objeto contractual venció el 2025-12-24.
SEGUNDA: Que no obstante el vencimiento del plazo contractual, la liquidación se fundamenta en la ejecución del CONVENIO INTERADMINISTRATIVO y el cumplimiento del objeto contractual.
TERCERA: Que durante la ejecución del contrato el Contratista cumplió con los respectivos aportes a salud y pensión de conformidad con la normatividad vigente.
CUARTA: Que el Artículo 11 de la Ley 1150 de 2007 establece la liquidación bilateral por mutuo acuerdo entre las partes.
QUINTA: Por lo expuesto anteriormente y teniendo en cuenta que la cláusula de valor y forma de pago, estipula: 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

Acta de Liquidación 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.

valor total de TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE ($394.132.993,00); con cada pago debe presentar factura, acreditar 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 convenio, pagos que son condicionados al giro mensual por parte del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL AL DEPARTAMENTO DE CASANARE., por tal razón las partes acuerdan liquidar de la siguiente manera:

	Valor	Anticipo	
CONTRATO INICIAL	$394.132.993,00	$0,00	
ADICIONAL	$8.108.937,40	$0,00	
TOTAL CONTRATO	$402.241.930,40	$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
VALOR INFORME No. 3	$33.718.662,00	$0,00	$33.718.662,00
VALOR INFORME No. 4	$33.718.662,00	$0,00	$33.718.662,00
VALOR INFORME No. 5	$33.718.662,00	$0,00	$33.718.662,00
VALOR INFORME No. 6	$33.718.662,00	$0,00	$33.718.662,00
VALOR INFORME No. 7	$33.718.662,00	$0,00	$33.718.662,00
VALOR INFORME No. 8	$41.827.599,40	$0,00	$41.827.599,40
VALOR INFORME No. 9	$29.777.339,07	$0,00	$29.777.339,07
PRESENTE INFORME	$3.941.329,93	$0,00	$3.941.329,93
SALDO A FAVOR DE LA ENTIDAD	$0,00		
TOTAL	$402.241.930,40	$0,00	$402.241.930,40

VALOR DE LA PRESENTE ACTA A FAVOR DEL CONTRATISTA: $3.941.329,93 M.L.C.

POLIZAS

-	-	-	-	-

Que por las consideraciones que anteceden, las partes de común acuerdo y en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 11 de la Ley 1150 de 2007 se da por liquidado el CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 5168 del 2025-04-25.

OBSERVACIONES: El valor del adicional se realizo según la forma de pago estipulada en el otrosí No. 1, esto es con el pago del informe No. 8 correspondiente al mes de noviembre.

Acta Pago 10 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 veinte (20) días del mes de Abril del 2026.

YURY STEPHANY CHAVEZ DUQUE
SECRETARIO(A) SALUD

V.°B.°:

Nombre: LADY CAROLINA FLOREZ SIERRA
Supervisor(a)

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

Nombre: LUIS FREDY MARTINEZ MONTAÑO
Supervisor(a)

Revisó y preparó : LADY CAROLINA FLOREZ SIERRA
DIRECTOR(A) DE SEGURIDAD SOCIAL Y GARANTIA DE LA SALUD

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

Acta de Terminación 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.

TIPO DE CONTRATO: CONVENIO INTERADMINISTRATIVO

CONTRATO No.: SECOP II CAS-FDS-CONV-003-2025 -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])

FECHA INICIO: 2025-04-25

PLAZO DE EJECUCIÓN INICIAL: Ocho (8) MESES

FECHA TERMINACIÓN CON PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES:

FECHA TERMINACIÓN INICIAL: 2025-12-24

FECHA TERMINACIÓN: 2025-12-24

VALOR DEL CONTRATO: $394.132.993,00 M.L.C.
VALOR ADICIONAL CONTRATO: $8.108.937,40 M.L.C.

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

SUPERVISOR: LADY CAROLINA FLOREZ SIERRA

SUPERVISOR: LUIS FREDY MARTINEZ MONTAÑO

INTERVENTOR:

En la ciudad de Yopal, a los Treinta (30) días del mes de diciembre de 2025, se reunieron LADY CAROLINA FLOREZ SIERRA, DIRECTOR(A) DE SEGURIDAD SOCIAL Y GARANTIA DE LA SALUD, quien actúa en su calidad de supervisor, y el Señor(a) 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 como Contratista, con el fin de dar por terminado el CONVENIO INTERADMINISTRATIVO.

La terminación del servicio no releva al Contratista de sus responsabilidades y obligaciones a que hace referencia el contrato y las normas legales vigentes. Así mismo, el Contratista se compromete a mantener las garantías de conformidad con lo estipulado en el contrato.

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron el Treinta (30) días del mes de Diciembre del 2025.

OBSERVACIONES: Acta Terminación Contrato 5168 de 2025: El ultimo pago se tramita con el acta de liquidación y condicionado a la presentación del informe del cumplimiento de indicadores a 31 de diciembre según documento técnico de distribución de recursos, y resolución 484 de 2024 del ministerio de salud y protección social.

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

ACTA DE TERMINACIÓN

FO-AB-33
2015-07-10
V.03

Acta de Terminación 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.

LADY CAROLINA FLOREZ SIERRA
Supervisor(a)

LUIS FREDY MARTINEZ MONTAÑO
Supervisor(a)

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

E.S.E HOSPITAL DE TAURAMENA

NIT: 844001287-3

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

*** ORIGINAL ***

FECHA: 18 de Febrero del 2026 **VENCE:** 18 de Marzo del 2026
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 VIGENCIA 2025, RECURSOS ORIENTADOS A LA FINACIACION DE LOS GASTOS DE LA OPERACION CORRIENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA, EL CUAL CORRESPONDE AL DECIMO 10 PAGO FINAL
Anexos: DEL CONTRATO No.CAS-FDS-CONV-003-2025-5168
Fecha validacion DIAN: 18/02/2026 12:11:12

Factura Electrónica de Venta **N69849**
NIT: 892099216
TEL: 986357777 **CIUDAD:** Yopal
Contrato: CAS-FDS-CONV-003- 20 **Convenio:** SO
Medio de pago: Transferencia Crédito Bancario
Forma de pago: Crédito

Nro.	Comp.	Fecha	Descripción	T.I.	No.Doc	Edad	Concepto	Vlr Unit	Cant.	Valor	copago	autoriz	cod.serv	und
1	255466	31/01/2026					PROMOCION Y PREVENCION	3941329.93	1	$3,941,330	0			2 OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS

Subtotal servicios:	$3,941,329.93
Menos descuento:	$0.00
Subtotal factura:	$3,941,329.93
IVA:	$0.00
Valor neto factura:	$3,941,329.93
Total cuotas moderadoras:	0
Total copagos recibidos:	0
Saldo neto factura:	$3,941,329.93

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTINUEVE PESOS CON NOVENTA Y TRES CENTAVOS

Firma del paciente o responsable

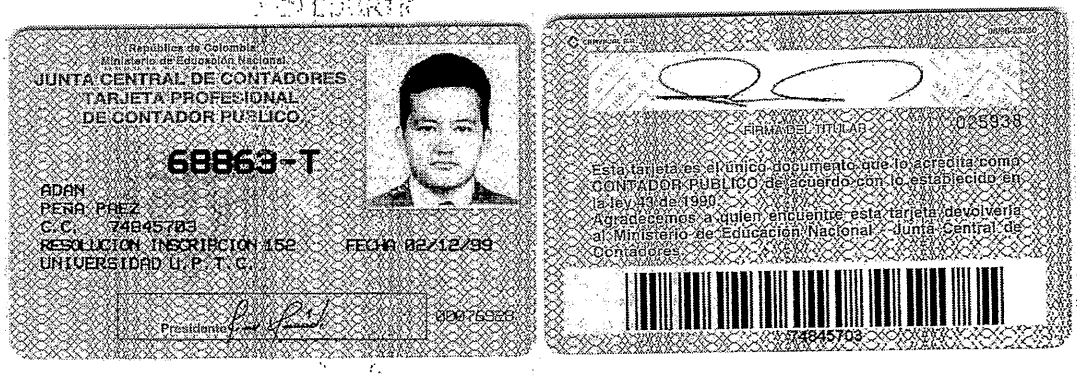
CUFE: 1459a66039979f3180cc7e6b7ff894c6bfa2d27d5676bea02aa4d2867aaf9f6017a1854db13afd3bf704038f4225214a

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

SO

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

© Copyright 2026. Documento creado por BTW S.A.S sujeto a condiciones y restricciones.



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

C E R T I F I C A

En mi calidad de revisor fiscal de la **ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA, con NIT. 844.001.287-3** he efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la empresa por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales, Cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante el período de seis (6) meses comprendidos entre el 01 julio de 2025 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 julio de 2025 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 empresa durante el período de seis (6) meses comprendidos entre el 01 de julio de 2025 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
35809636	DICIEMBRE	2025-12-26

La última planilla paga corresponde a la 35809636 del 2025-12-26.

La presente certificación se expide a los once (11) días del mes de febrero de 2026.

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

MILAYEV CONZALEZ RODRIGUEZ
Representante legal

CC 47428398	FRANCO MARTINEZ EDILZA	2.314.630	F		0	30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	2.314.630	370.400	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.314.630	289.400	COMFACASANARE-CCF69	2.314.630	92.600	2.314.630	56.400	0,02436	2.314.630	46.300	69.500	0	0	01	0	924.600	N	3861001
CC 47431567	AMAYA PARADA ELBY YANETH	3.061.899	V		0	8	8	8	8	COLPENSIONES-25-14	816.507	130.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	816.507	102.100	COMFACASANARE-CCF69	4.825.081	193.100	816.507	19.900	0,02436	4.825.081	96.600	144.800	0	0	01	0	687.200	N	3861001
CC 47431567	AMAYA PARADA ELBY YANETH	3.061.899	V	X	0	22	22	22	22	COLPENSIONES-25-14	2.245.393	359.300	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.245.393	280.700	COMFACASANARE-CCF69	2.245.393	89.900	2.245.393	0	0,00000	2.245.393	45.000	67.400	0	0	01	0	842.300	N	3861001
CC 52217614	MARTINEZ CARO AIXA YOLIMA	6.053.194	F		0	30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	6.053.194	968.600	30.300	30.300	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	6.053.194	756.700	COMFACASANARE-CCF69	6.053.194	242.200	6.053.194	147.500	0,02436	6.053.194	121.100	181.600	0	0	01	0	2.478.300	N	3861001
CC 74845344	HERRERA BARRERA RODRIGO EDUARDO	3.038.267	V	X	0	25	25	25	25	COLPENSIONES-25-14	3.758.274	601.400	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	3.758.274	469.800	COMFACASANARE-CCF69	7.775.156	311.100	3.758.274	91.600	0,02436	7.775.156	155.600	233.300	0	0	01	0	1.862.800	N	3861001
CC 74845344	HERRERA BARRERA RODRIGO EDUARDO	3.038.266	V	X	0	5	5	5	5	COLPENSIONES-25-14	506.378	81.100	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	506.378	63.300	COMFACASANARE-CCF69	506.378	20.300	506.378	0	0,00000	506.378	10.200	15.200	0	0	01	0	190.100	N	3861001
CC 91153114	CUBIDES GAMBOA TEOBALDO	3.038.267	F	X	0	30	30	30	30	PORVENIR-230301	4.375.421	700.100	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	4.375.421	547.000	COMFACASANARE-CCF69	4.375.421	175.100	4.375.421	106.600	0,02436	4.375.421	87.600	131.300	0	0	01	0	1.747.700	N	3861001
CC 1006442727	COBA MUNEVAR LAURA JULIANA	5.251.271	F	X	0	30	30	30	30	PORVENIR-230301	6.678.960	1.068.700	33.400	33.400	SANITAS-EPS005	6.678.960	834.900	COMFACASANARE-CCF69	6.678.960	267.200	6.678.960	162.700	0,02436	6.678.960	133.600	200.400	0	0	01	0	2.734.300	N	3861001
CC 1007759502	SALCEDO FONTALVO CAROLINA ANDREA	4.710.797	F		0	30	30	30	30	PORVENIR-230301	4.710.797	753.800	0	0	SANITAS-EPS005	4.710.797	588.900	COMFACASANARE-CCF69	4.710.797	188.500	4.710.797	114.800	0,02436	4.710.797	94.300	141.400	0	0	01	0	1.881.700	N	3861001
CC 1010152634	MARIÑO GUERRERO ADRIAN FELIPE	5.251.271	F	X	0	30	30	30	30	PORVENIR-230301	6.367.165	1.018.800	31.900	31.900	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	6.367.165	795.900	COMFACASANARE-CCF69	6.367.165	254.700	6.367.165	155.200	0,02436	6.367.165	127.400	191.100	0	0	01	0	2.606.900	N	3861001
CC 1115911808	TORRES REYES MARIA LILIANA	2.314.630	F		0	18	18	18	18	PORVENIR-230301	1.388.778	222.300	0	0	EPSC CAPRESOCA-EPSC25	1.388.778	173.600	COMFACASANARE-CCF69	5.152.392	206.100	1.388.778	33.900	0,02436	5.152.392	103.100	154.600	0	0	01	0	893.600	N	3861001
CC 1115911808	TORRES REYES MARIA LILIANA	2.314.630	F	X	0	12	12	12	12	PORVENIR-230301	925.852	148.200	0	0	EPSC CAPRESOCA-EPSC25	925.852	115.800	COMFACASANARE-CCF69	925.852	37.100	925.852	0	0,00000	925.852	18.600	27.800	0	0	01	0	347.500	N	3861001
CC 1115913121	OSSA BERNAL YERLY VIVIANA	7.280.521	F		0	30	30	30	30	PORVENIR-230301	7.280.524	1.164.900	36.500	36.500	SANITAS-EPS005	7.280.524	910.100	COMFACASANARE-CCF69	7.280.524	291.300	7.280.524	177.400	0,02436	7.280.524	145.700	218.500	0	0	01	0	2.980.900	N	5861001
CC 1115918942	MORALES CARDENAS ERIKA ALEXANDRA	5.251.271	F	X	0	30	30	30	30	PORVENIR-230301	6.610.585	1.057.700	33.100	33.100	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	6.610.585	826.400	COMFACASANARE-CCF69	6.610.585	264.500	6.610.585	161.100	0,02436	6.610.585	132.300	198.400	0	0	01	0	2.706.600	N	3861001
CC 1193387490	DIAZ DIAZ JORDY GIAM KARLO	5.251.271	F	X	0	30	30	30	30	PORVENIR-230301	7.053.113	1.128.500	35.300	35.300	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	7.053.113	881.700	COMFACASANARE-CCF69	7.053.113	282.200	7.053.113	171.900	0,02436	7.053.113	141.100	211.600	0	0	01	0	2.882.600	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
2025-12	2026-01	35809636	E	2025-12-26	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	64.649.800	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
32	35809636	2026-01-22	Pagada							

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
148.902.405	148.902.405	148.902.405	198.526.194	198.526.194

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
P(Administradoras: 2)				32	24.912.800	0	0	0	24.912.800
PORVENIR	230301	800224808	8	11	10.292.800	0	0	0	10.292.800
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	21	14.620.000	0	0	0	14.620.000
S(Administradoras: 3)				32	18.614.900	0	0	0	18.614.900
EPSC CAPRESOCA	EPSC25	891856000	7	1	289.400	0	0	0	289.400
SANITAS	EPS005	800251440	6	11	7.783.700	0	0	0	7.783.700
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	20	10.541.800	0	0	0	10.541.800
P(Administradoras: 1)				32	3.248.100	0	0	0	3.248.100
POSITIVA	14-23	860011153	6	32	3.248.100	0	0	0	3.248.100
F(Administradoras: 1)				32	7.943.400	0	0	0	7.943.400
COMFACASANARE	CCF69	844003392	8	32	7.943.400	0	0	0	7.943.400
NA(Administradoras: 1)				32	3.972.800	0	0	0	3.972.800

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
SENA	PASENA	899999034	1	32	3.972.800	0	0	0	3.972.800
BF(Administradoras: 1)				32	5.957.800	0	0	0	5.957.800
ICBF	PAICBF	899999239	2	32	5.957.800	0	0	0	5.957.800
an Total					64.649.800	0	0	0	64.649.800

APORTES
PAGADO

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: E.S.E.APORTES YCONV.D
NIT: 844001287
Tipo de pago: PAGO A PROVEEDORES

Nombre del pago: DEPTOCAS-REND-C5168
Secuencia: G
Número de cuenta a debitar: 36900002275

Fecha: 24-02-2026 **Hora:** 07:50:00
Fecha de Generación: 24-02-2026

Fecha de envío del pago: 20-02-2026
Fecha para Procesar el pago: 20-02-2026

Impreso por: 23467217

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $65,244.00	**Valor Registros Procesados:** $65,244.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
00000220252187208	Ahorros	892099216	DEPARTAMENTO DE CA	65,244.00	BANCO POPULAR	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA DE OTRO BANCO	20-02-2026

16

2026 02 20 *******65,244.00

DEPARTAMENTO DE CASANARE

SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE**********
****

E.S.E HOSPITAL DE TAURAMENA
CARRERA 15 NO. 8 - 63
TAURAMENA NIT 844,001,287

COMP. EGRESO

No PP 000177

Codigo	Ct	Descripcion	Fact.	NIT.	Detalle	Debitos	Creditos
24072600028	0000	Cto.5168-subs.oferta	0000001	892,099,216	DEVOLUC.RENDIM.FINANC.CTA CTO5168*SUBS.OFERT	65,244.00	
11100600049	0000	369000022-75 subsid.oferta-2	0000001	892,099,216	DEVOLUC.RENDIM.FINANC.CTA CTO5168*SUBS.OFERT		65,244.00
					Total comprobante	65,244.00	65,244.00

Cheque : SF -0120 Compromiso:
Banco : 000
Rubro
No Obligacion: Vlr Obligacion:

Feb 20 /26

Elaboro:ROSA 260223 Reviso: Aprobo: Impr:260223

DEPARTAMENTO DE CASANARE
892,099,216

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
E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA

37. Sigla
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

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

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 [ ] 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

DOCUMENTO CERTIFICADO 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	

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	23
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	02	03
72. Número	021	0571
73. Fecha	19960619	20210628
74. Número de notaría		001
75. Entidad de registro	09	01
76. Fecha de registro	20020726	20210701
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	85	85
79. Ciudad/Municipio	001	410

Composición del Capital

82. Nacional	100 %
83. Nacional público	100.0 %
84. Nacional privado	0.0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0.0 %
87. Extranjero privado	0.0 %

Vigencia

80. Desde	
81. Hasta	

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Contraloría General de la República — 13

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	83	20160101		
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

Representación

1

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

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

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

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

2

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

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

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

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141005886007

(415)7707212489984(8020) 000014100588600 7

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	7 4 8 4 5 7 0 3		6 8 8 6 3 T

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

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

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

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento:

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	2 3 4 6 7 9 2 3		1 3 4 9 6 3

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

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141005886007

(415)7707212489984(8020) 000014100588600 7

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

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	**169. Fecha de cierre**	
6 2 4 7 1 1 8		

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

Certificado
Bancario

Viernes, 10 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA identificado(a) con NIT 844001287, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	36900002275	2025/05/16	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO