Yo, **JEN**Y SIRLEY SAAVEDRA RODRIGUEZ

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 REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	892300445				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	20005542025	FECHA SUSCRIPCIÓN	7 (día)	noviembre (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 29 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	HASTA 31 (día) julio (mes) 2026 (año)		RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	17 (día) julio (mes) 2026 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 7 DE 8	
VALOR A PAGAR	$ 211.517.343,00	EN LETRAS	DOSCIENTOS ONCE MILLONES QUINIENTOS DIECISIETE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) junio (mes) 2026 (año)	HASTA 30 (día) junio (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	5126	10	C-4602-1500-5-30205BZ-4102016-02	101	02-02-02-009-003-03	$ 211.517.343,00

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	116621780	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

El valor certificado corresponde al SÉPTIMO desembolso del aporte ICBF del convenio No. 20005542025, el valor corresponde al valor legalizado por la ESE para el período 1 al 30 de junio de 2026 de los elementos de costos aprobados por la supervisión del convenio.

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	$	211.517.343,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	211.517.343,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	211.517.343,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
JENY SIRLEY SAAVEDRA RODRIGUEZ	COORDINADORA CENTRO ZONAL AGUACHICA	CESAR	CENTRO ZONAL AGUACHICA	Jeny Saavedra
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
LINA MARIA ROJAS RANGEL	TECNICO ADMINISTRATIVO	CESAR	CENTRO ZONAL AGUACHICA	
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 PREVENCIÓN	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	**ÁREA**	**FIRMA**	**FECHA (dd/mm/aaaa)**
DIANA CAROLINA MOGOTOCORO BENJUMEA	GRUPO PREVENCIÓN		17/07/2026

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
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 número 062026

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
NIT 899.999.239-2

DEBE A:

HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 892.300.445-8

LA SUMA DE: DOSCIENTOS ONCE MILLONES QUINIENTOS DIECISIETE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE ($211.517.343)

POR CONCEPTO DE: SEPTIMO DESEMBOLSO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NÚMERO 20005542025, DE FECHA 28 DE DICIEMBRE DE 2025, QUE TIENE POR OBJETO 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, SUSCRITO ENTRE LAS PARTES.

PERIODO: JUNIO 01 AL 30 DE 2026, conforme los conceptos que se detallan en el formato Estructura de costos SIAPD - Entorno extramural Cesar - ESE Hospital Regional Jose David Padilla Villafañe - Seguimiento por causación, columna Ejecutado M6, anexo.

Se expide en el Municipio de Aguachica Departamento del Cesar, a los catorce (14) días del mes de julio de 2026.

MARÍA TERESA HERNÁNDEZ PRADA
Gerente ESE Hospital Regional Jose David Padilla Villafañe
C.C. No. 63.317.875 de Bucaramanga

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 6509970 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

JAIRO HUMBERTO NARVAEZ VALET, TP 120382-T REVISOR FISCAL DEL HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

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, el **HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** identificado con el NIT número 892.300.445-8, ha pagado oportunamente 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.

Adicionalmente, dentro del personal vinculado para la ejecución del Servicio integrado de atención y prevención de la desnutrición, en el marco del Convenio interadministrativo suscrito con el ICBF, se ha dado cumplimiento a los pagos al Sistema de seguridad social en salud, pensión y ARL correspondiente al mes de junio de 2026.

Esta certificación se expide a los seis (06) días del mes de julio de 2026.

Atentamente,

JAIRO HUMBERTO NARVAEZ VALET
CC 18.922.035
TP N°. 120382-T
Revisor Fiscal

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 6500570 – Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 18.922.035

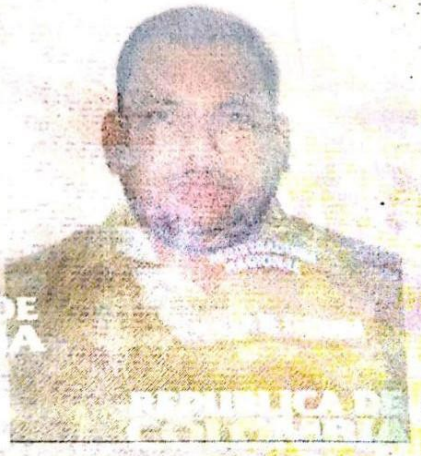
NARVAEZ VALET

APELLIDOS

JAIRO HUMBERTO

NOMBRES

FIRMA



Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-OCT-1968

TAMALAMEQUE
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

14-DIC-1987 AGUACHICA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1207500-00129964-M-0018922035-20081119 0006445367A 1 8070002546

Scanned with CamScanner

IDEQS

40631

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.

LOGOFORMAS CONM. 2922566

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

12038Z-T



JAIRO HUMBERTO
NARVAEZ VALET
C.C. 18922035
RESOLUCION INSCRIPCION 193 FECHA 2006/07/27
UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

PRESIDENTE

LUZ MYRIAM DÍAZ MUÑOZ 130206

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141038712728

(415)7707212489984(8020) 000014103871272 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 2 3 0 0 4 4 5	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 REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Aguachica 0 1 1

41. Dirección principal
CL 5 30 A 56 AV KENNEDY

42. Correo electrónico gerencia@hospitalregionaldeaguachica.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
2 0 5 0 1 0	6 0 5 5 6 5 4 8 5 4	3 1 7 6 4 6 9 7 2 1

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 5 0 5 2 7					

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	5	5															

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
55 - Informante de Beneficiarios Finales

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre HERNANDEZ PRADA MARIA TERESA

985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141038712728

(415)7707212489984(8020) **000014103871272 8**

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

Vigencia

80. Desde	1 9 9 4 1 2 1 0
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 3	2 0 1 4 0 9 0 8		-
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: 141038712728

(415)7707212489984(8020) **000014103871272 8**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 2 3 0 0 4 4 5	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 5 0 6		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	6 3 3 1 7 8 7 5		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
HERNANDEZ	PRADA	MARIA	TERESA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 0 0 8 2 8		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 6 4 8 3 6 8 3 0		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
RINCON	NAVARRO	LUIS	CARLOS
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 141038712728

(415)7707212489984(8020) **000014103871272 8**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 2 3 0 0 4 4 5	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
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 8 9 2 2 0 3 5		1 3 0 3 8 2

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
NARVAEZ	VALET	JAIRO	HUMBERTO

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

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 2 1 0 1 2

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	4 9 6 6 2 6 6 7		1 0 5 7 5 0 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
QUIROZ	RAMIREZ	MARGI	LILIANA

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 1 6 0 1 0 4

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO