Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante

Usuario Solicitante:	MHmhdiaz	MARIO HERNANDO DIAZ ESTRADA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	46-02-00-052	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL NARIÑO
Fecha y Hora Sistema:	2025-12-25-5:50 p. m.	

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	467764825	**Fecha Registro:**	2025-11-26	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	46-02-00-052 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL NARIÑO				
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Pagada	**Nro Obligación:**	1033325	**Comprobante Contable de la Generación:**			
Fecha Máxima Pago:	2025-11-28	**Código de Referencia:**	04500753100467764825	**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00		
Valor Bruto:	206.370.037,00	**Valor Deducciones:**	0,00	**Valor Neto:**	206.370.037,00	**Saldo x Pagar:**	0,00		

VALORES PAGADOS

TRM Pago		**Valor Bruto**	**206.370.037,00**	Valor Deducciones	0,00	Valor Neto	**206.370.037,00**	Moneda Base Compra		**Valor MBC**	

REINTEGROS

Números				**No Recaudo:**	
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	**Reintegrado Deducciones Pesos:**	0,00	**Reintegrado Neto Pesos:**	0,00
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	**Reintegrado Deducciones Moneda:**	0,00	**Reintegrado Neto Moneda:**	0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

Identificación:	900190473	**Razón Social:**	IPS MUNICIPAL DE IPIALES ESE	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	346000159738	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

TESORERIA	DOCUMENTO SOPORTE					
	Número:	1033325	**Tipo:**	CUENTA DE COBRO	**Fecha:**	2025-11-26
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN						

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS

DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
101 ATENCION Y PREVENCION A LA DESNUTRICION / C-4602-1500-5-30205B-4102016-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ATENCION Y PREVENCION A LA DESNUTRICION DESDE EL SECTOR INCLUSION SOCIAL - CONTRIBUCION CON ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL COMPONENTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN PARA LA POBLACIÓN COLOMBIANA A NIVEL NACIONAL												
	Propios	27	CSF	206.370.037,00	0,00	206.370.037,00				Pesos	0,00	0,00

LINEAS DE PAGO VINCULADA

DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
46-02-00-052 - ICBF DIRECCIÓN REGIONAL NARIÑO	9-1 - INVERSION PROPIOS CSF	2025-11-28	206.370.037,00	05 NINGUNO	Pagada

Mónica Caicedo Lopez

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante:	MHyarchica	JENNY DEL CARMEN ACHICANOY RODRIGUEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	46-02-00-052	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL NARIÑO
Fecha y Hora Sistema:	2025-12-05-4:44 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

Numero:	1033325	**Fecha Registro:**	2025-11-26	**Unidad / Subunidad ejecutora:**			46-02-00-052 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL NARIÑO		
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	ConOrdendePago	**Requiere DIP:**		No	**Tipo de DIP:**		**Nro. Compromiso:** 271425
Valor Inicial:	206.370.037,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00				**Valor Actual:**	206.370.037,00	**Saldo x Ordenar:** 0,00
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda Original:**	0,00				**Valor Actual Moneda Original:**	0,00	**Saldo x Ordenar Moneda Original:** 0,00
Valor Deducciones:	0,00	**Valor Neto:**	206.370.037,00				**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:** 71025
Valor Deducciones Moneda:	0,00	**Valor Neto Moneda:**	0,00				**Atributo Contable:**	05-NINGUNO	**Comprobante Contable:** 668352

TERCERO

Identificacion:	900190473	**Razon Social:**	IPS MUNICIPAL DE IPIALES ESE	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Numero:	346000159738	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

CUENTA X PAGAR

Numero:	357125	**Tipo:**	Pago Sin Descuentos	**Identificacion:**		**Fecha de Registro:**	

CAJA MENOR

DOCUMENTO SOPORTE

Numero:	52005692025	**Tipo:**	CONVENIO	**Fecha:**	2025-11-26

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
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	Propios	27	CSF	05-NINGUNO					
						Total:	206.370.037,00	0,00	206.370.037,00	0,00

Objeto:	CONVENIO 52005692025 AUNAR ESFUERZOS HUMANOS,TEC,TECNOLOGICOS,ADTIVO Y FINANCIERO LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION DEL ICBF,PARA EL MANEJO DE LA DESNUTRICION AGUA MODERADA Y SEVERA . CZ IPIALES FC No. FV 69672

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
46-02-00-052 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL NARIÑO	9-1 INVERSION PROPIOS CSF	2025-11-28	OrdenadaPago	206.370.037,00

CST

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Yo, **Maria Adelaida Cano Uribe** ✓

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	IPS MUNICIPAL DE IPIALES E.S.E. ✓							
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit ✓	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	900190473-9 ✓					
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO ✓	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	52005692025 ✓	FECHA SUSCRIPCIÓN	11 (día)	julio (mes)	2025 (año) ✓	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 23 (día) julio (mes) 2025 (año) ✓	HASTA	31 (día) diciembre (mes) 2025 (año) ✓	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO ✓			
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	19 (día) noviembre (mes) 2025 (año) ✓							

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia ✓	PAGO No: 3 DE 5 ✓	
VALOR A PAGAR	$ 206.370.037,00 ✓	EN LETRAS	DOSCIENTOS SEIS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA MIL TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE. ✓
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) octubre (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) octubre (mes) 2025 (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	271425 ✓	27 ✓	C-4602-1500-5-30205B-4102016-02 ✓	101 ✓		$ 206.370.037,00 ✓

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 DAVIVIENDA S.A. ✓	NÚMERO DE CUENTA	346000159738 ✓	TIPO DE CUENTA	Ahorros ✓

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	$ 206.370.037,00	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 206.370.037,00	B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 206.370.037,00 ✓	

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
Maria Adelaida Cano Uribe	Profesional Especializado		CZ Ipiales	✓
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
Amparo Milena Rivera Molina	Contratista - Enlace Administrativo y Financiero		Grupo de Asistencia Tecnica	✓

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
Amparo Milena Rivera Molina	Grupo de Asistencia Tecnica		20/11/2025 ✓

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA
YIDNEY S HUACA	20/11/2025	7:59 pm	Samantha Huaca

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

IPS MUNICIPAL DE IPIALES E.S.E.

NIT: 900190473-9

IPS MUNICIPAL DE IPIALES ESE

CL 18 CON KR 1 ESQUINA

Esta factura se asimila a una la Letra de Cambio (Según el artículo 774 C.C)

Factura electrónica de venta

FV69672

Resolución DIAN Autorizada No. 18764080213793
del número FV1 al FV1000000
Vigencia del 2024-09-25 a 2026-09-25

Comprador: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR **NIT : 899999239**

Contacto	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Dirección	CR 3 CL 23 ESQ
Ciudad	PASTO
Teléfono	4377630
Correo	siifnacion.facturaelectronica@ minhacienda.gov.co

Fecha Factura	2025-11-19
Limite de pago	2025-11-19
Fecha emisión	2025-11-19 17:04:57
Fecha aprobación	2025-11-19 17:04:57

Forma de pago Contado / Medio de pago: Acuerdo mutuo

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

#	Código	Artículo o servicio	Precio / por		Cantidad	Descuento	Impuesto	Total
1	01	ICBF MES DE OCTUBRE 2025 CONVENIO 52005692025	206.370.037,00	U	1		0	**206.370.037,00**

***Valor en palabras**: doscientos seis millones trescientos setenta mil treinta y siete COP Pesos M/CTE,*
***Cantidad de líneas de documento**: 1*
0,00

Sub total	206.370.037,00 Pesos
Descuento	0,00 Pesos
IVA 19%	COP
Anticipo	**0,00 Pesos**
Sin retenciones	**206.370.037,00 Pesos**
Saldo anterior	**0,00 Pesos**
Total a pagar	**206.370.037,00 Pesos**

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

CÓDIGO ÚNICO DE FACTURA ELECTRÓNICA:27f619274ebd47339184b4cbd3df9a38dc61fd4621929460e487e32b7cd8a1398b24af20e777337c2023e4b7416445aa

Firma Certificacióno7EFBNXFFmK5+6fkUphH8vFTS6wiCcTb52nw+BebmFFWAb80Sdgp5R+6KQtPj0kh72nzHIIAYlQ0Tzi9H3hiBpGLoD6Gx3Nh5P6Q06uLvgVu+nl23SdTJCy6GHRMAxw7x/UYe57D36HDMcAqHMiGaAJWpruSF6rM5AAvWL0+6TVYq3qvxKvtYHx9klNp9y47qpefKssxuM/FvbLDYgsbS5H+gjYs04ukgqmVgxwTPSKQ6367LL+crbbFoKO1KWIYP/6m9QB5onWAmomB2JLM0oH0kvn7lcZsoHji09LxzRADaQE03pu1U1fO247mx4SHm1NAYX52wDfKLRJ2JMzPIQ==

Tu Solución de Facturación Electrónica es Taxxa, NIT: 901.402.281-7

< Volver

Factura electrónica

DIAN

CUFE:
27f619274ebd47339184b4cbd3df9a38dc61fd4621929460e487e32b7cd8a1398b24af20e777337c2023e4b7416445aa

Factura electrónica
Serie: FV
Folio: 69672
Fecha de emisión de la factura Electrónica: 19-11-2025

Descargar PDF

DATOS DEL EMISOR
NIT: 900190473
Nombre: IPS MUNICIPAL DE IPIALES ESE

DATOS DEL RECEPTOR
NIT: 899999239
Nombre: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

TOTALES E IMPUESTOS
IVA: $0
Total: $206,370,037

ESTADO EN EL REGISTRO DE FACTURAS ELECTRÓNICAS

Factura Electrónica

Legítimo Tenedor actual: IPS MUNICIPAL DE IPIALES ESE

Validaciones del documento

Nombre	Resultado
Valida NIT	Notificación

Eventos de la factura electrónica

No tiene eventos asociados.

Bogotá D. C., 2025-11-19

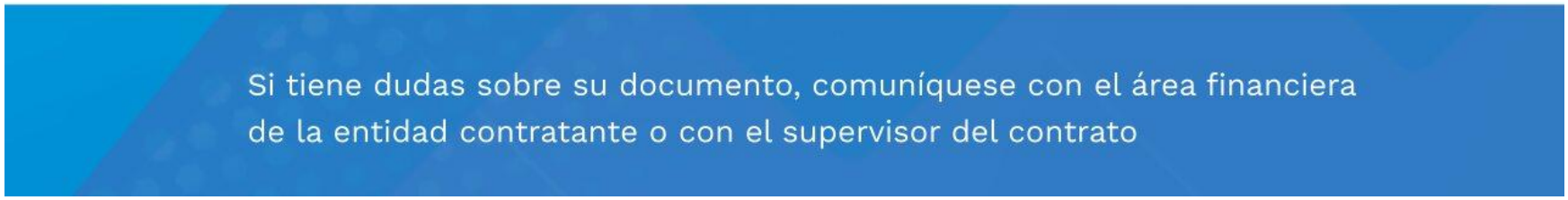
IPS MUNICIPAL DE IPIALES ESE, Reciba un cordial saludo:

El Sistema Integrado de Información Financiera – SIIF Nación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público informa que se generaron los siguientes errores al validar el documento **FV69672**, remitido con el asunto: **Documento Electrónico ya existe en SIIF Nación**

Razón de la devolución

Documento Electrónico ya existe en SIIF Nación

Nota: La información transmitida a través de este correo electrónico es confidencial y está dirigida únicamente a su destinatario. Su reproducción, lectura o uso está prohibido.



MARIA VICTORIA MARIN RODAS
CONTADOR PUBLICO T.P. 179.207-T

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE NOMINAS A PERSONAL DE LA IPS MUNICIPAL DE IPIALES ESE

Ipiales, 19 de Noviembre de 2025

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL NARIÑO
CENTRO ZONAL REMOLINO

Yo, **MARIA VICTORIA MARIN RODAS**, identificada con cédula de ciudadanía No.30.373.057 De la ciudad de Pacora (Caldas), en mi calidad de Revisora Fiscal de **LA IPS MUNICIPAL DE IPIALES E.S.E Identificada CON NIT 900.190.473**, manifiesto que esta entidad, se encuentra a **PAZ Y SALVO** con el pago de la nómina de su planta de personal, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución, con corte al mes de Septiembre del año 2025.

Atentamente,

MARIA VICTORIA MARIN RODAS
C.C 30.373.057 Pacora-Caldas
Representante Legal

Dirección: Cra 5 N 14 86 Centro Ciudad. e-mail: vickymarinrodas85@hotmail.com Cel: 3104081653

MARIA VICTORIA MARIN RODAS
CONTADOR PUBLICO T.P. 179.207-T

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL

CERTIFICA

Que para efectos de la norma establecida en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, modificado por el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, la empresa **IPS MUNICIPAL DE IPIALES ESE**, con NIT 900.190.473, legalmente constituida, cuyo domicilio principal se encuentra en la Cl 26 Numero 8 114, en la ciudad de Ipiales - Nariño, dedicada a su actividad Principal código CIIU 8610, durante el período de del Octubre de 2025 presentó de manera oportuna el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales con planilla número 35157005 y se pudo verificar que la administración ha cumplido lo establecido en la forma que se relaciona a continuación:

Período	Aportes a salud	Aportes a AFP	Aportes a ARL	Aportes parafiscales	Fecha del pago
Octubre de 2025	$23.801.100	$30.896.100	$2.834.300	$17.057.900	19/011/2025

Que los registros presentados se encuentran debidamente soportados con los documentos internos y externos que respaldan los pagos a la seguridad social y parafiscal.

Esta certificación se expide por la Señora MARIA VICTORIA MARIN RODAS, identificada con C.C. 30.373.057 de Pacora- Caldas y con tarjeta profesional 179.207-T, para el único fin de para trámites de la entidad.

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Ipiales - Nariño a los Diecinueve (19) días del mes de Noviembre de 2025.

MARIA VICTORIA MARIN RODAS
C.C. 30.373.057 Pácora- Caldas
TP-179.207-T
CONTADOR PUBLICO

Dirección: Cra 5 N 14 86 Centro Ciudad. e-mail: vickymarinrodas85@hotmail.com Cel: 3104081653

MARIA VICTORIA MARIN RODAS
CONTADOR PUBLICO T.P. 179.207-T

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

Ipiales, 19 de Noviembre de 2025

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL NARIÑO
CENTRO ZONAL REMOLINO

Yo, **MARIA VICTORIA MARIN RODAS**, identificada con cédula de ciudadanía No.30.373.057 De la ciudad de Pacora (Caldas), en mi calidad de Revisora Fiscal de **LA IPS MUNICIPAL DE IPIALES E.S.E Identificada CON NIT 900.190.473**, manifiesto que esta entidad, se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo concepto con todos sus proveedores de Bienes y Servicios, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución, con corte al mes de Septiembre del año 2025.

Atentamente,

MARIA VICTORIA MARIN RODAS
C.C 30.373.057 Pacora-Caldas
Representante Legal

Dirección: Cra 5 N 14 86 Centro Ciudad. e-mail: vickymarinrodas85@hotmail.com Cel: 3104081653



VALIDA PARA DOCUMENTOS IPS MUNICIPAL DE IPIALES



MARIA VICTORIA MARIN RODAS
CONTADOR PUBLICO T.P. 179.207-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

6 4 D 0 0 D 2 E E 3 4 A 3 E D 2

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 **MARIA VICTORIA MARIN RODAS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 30373057 de PACORA (CALDAS) Y Tarjeta Profesional No 179207-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS . . . . . .

Dado en BOGOTA a los 19 días del mes de Septiembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

Dirección: Cra 5 N 14 86 Centro Ciudad. e-mail: vickymarinrodas85@hotmail.com Cel: 3104081653

MARIA VICTORIA MARIN RODAS
CONTADOR PUBLICO T.P. 179.207-T





Dirección: Cra 5 N 14 86 Centro Ciudad. e-mail: vickymarinrodas85@hotmail.com Cel: 3104081653

>**Empresa**
IPS MUNICIPAL IPI...
>**Administración**
>**Consulta de Cuentas**
>**Certificaciones**
>**Informe Anual Costos**
>**Reporte Anual de Costos**
>**Cuentas Maestras**
>**Inscripciones**
>**Multicuenta**
>**Pagos**
Pago a Proveedores
> Administración de Pagos
> Consultas
• Procesos de Pago
• Estado de Pago
> Personalizar Plantillas
>**Manual de Usuario**
>**Atención en línea**
>**Sesión**

Bienvenido: Señor(a) ANDREA DEL PILAR TERAN
NIT 9001904739 - IPS MUNICIPAL IPIALES

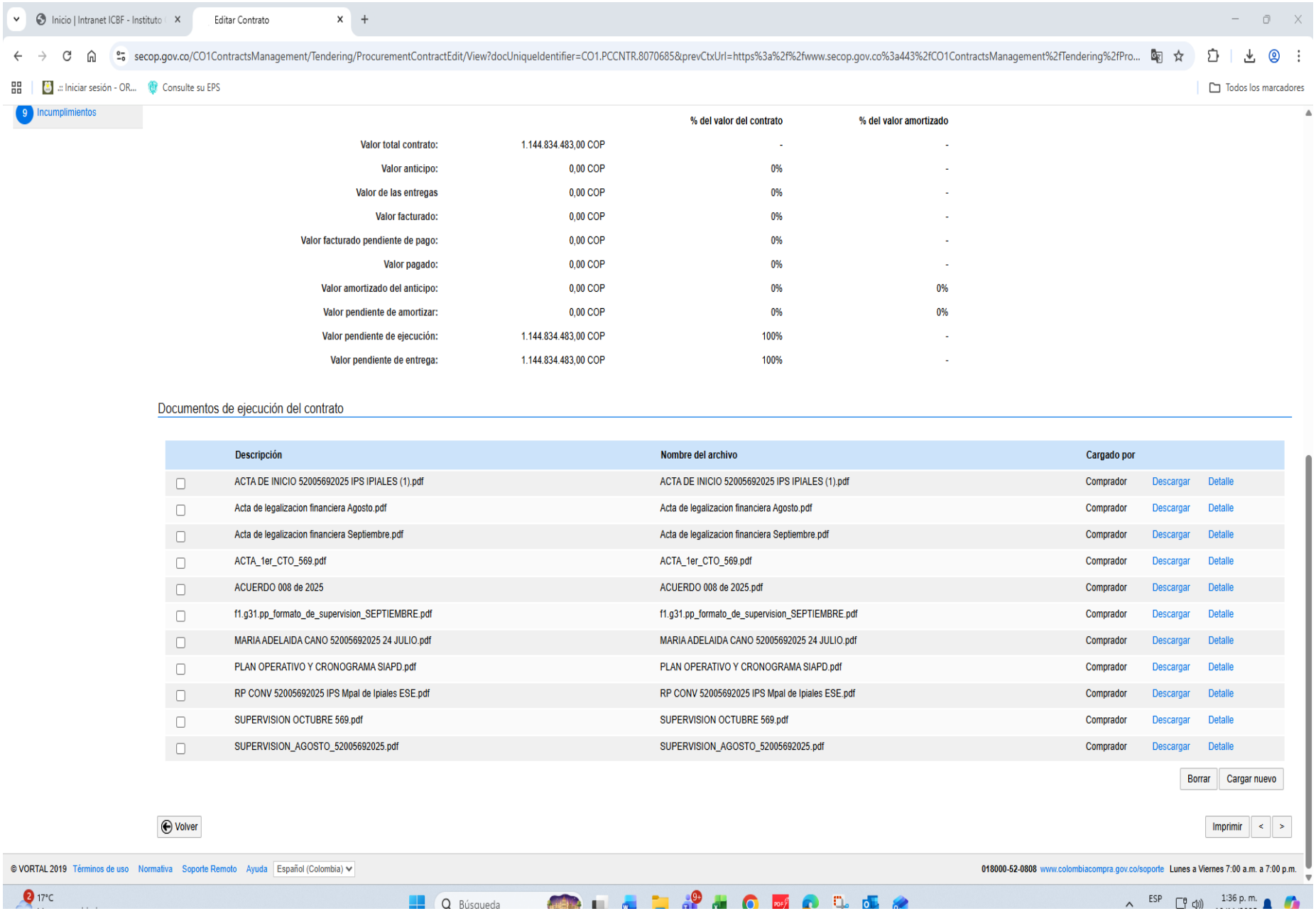
martes 11 de noviembre de 2025

Detalle de Pago de Proveedores

Detalle Pago			
No. de Proceso Pago:	9836329	Nombre del Proceso de Pago:	REINTEGRO DE RENDIMIENTOS FINANCIEROS CUENTA MAESTRA 9738 MES DE OCTUBRE 2025
Cantidad Pagos	1	Valor Total a Pagar	$ 415,16
Tipo Identificación	NIT	No. Identificación	8999992392
Nombres	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	Apellidos	ICBF
Número de referencia	9120000000000003		
Tipo Producto o Servicio Destino	Cuenta Corriente Otros Bancos	No. Producto o Servicio Destino	07479983277
Banco	BANCOLOMBIA	Estado Pago	Pendiente de Respuesta otros bancos
E-Mail		Valor del Pago	$ 415,16

REGRESAR

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial


Inicio | Intranet ICBF - Instituto
Editar Contrato
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/ProcurementContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.PCCNTR.8070685&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%3a443%2fCO1ContractsManagement%2fTendering%2fPro...
.:: Iniciar sesión - OR...
Consulte su EPS
Todos los marcadores
9 Incumplimientos
% del valor del contrato
% del valor amortizado
Valor total contrato: 1.144.834.483,00 COP - -
Valor anticipo: 0,00 COP 0% -
Valor de las entregas 0,00 COP 0% -
Valor facturado: 0,00 COP 0% -
Valor facturado pendiente de pago: 0,00 COP 0% -
Valor pagado: 0,00 COP 0% -
Valor amortizado del anticipo: 0,00 COP 0% 0%
Valor pendiente de amortizar: 0,00 COP 0% 0%
Valor pendiente de ejecución: 1.144.834.483,00 COP 100% -
Valor pendiente de entrega: 1.144.834.483,00 COP 100% -
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
ACTA DE INICIO 52005692025 IPS IPIALES (1).pdf
ACTA DE INICIO 52005692025 IPS IPIALES (1).pdf
Comprador Descargar Detalle
Acta de legalizacion financiera Agosto.pdf
Acta de legalizacion financiera Agosto.pdf
Comprador Descargar Detalle
Acta de legalizacion financiera Septiembre.pdf
Acta de legalizacion financiera Septiembre.pdf
Comprador Descargar Detalle
ACTA_1er_CTO_569.pdf
ACTA_1er_CTO_569.pdf
Comprador Descargar Detalle
ACUERDO 008 de 2025
ACUERDO 008 de 2025.pdf
Comprador Descargar Detalle
f1.g31.pp_formato_de_supervision_SEPTIEMBRE.pdf
f1.g31.pp_formato_de_supervision_SEPTIEMBRE.pdf
Comprador Descargar Detalle
MARIA ADELAIDA CANO 52005692025 24 JULIO.pdf
MARIA ADELAIDA CANO 52005692025 24 JULIO.pdf
Comprador Descargar Detalle
PLAN OPERATIVO Y CRONOGRAMA SIAPD.pdf
PLAN OPERATIVO Y CRONOGRAMA SIAPD.pdf
Comprador Descargar Detalle
RP CONV 52005692025 IPS Mpal de Ipiales ESE.pdf
RP CONV 52005692025 IPS Mpal de Ipiales ESE.pdf
Comprador Descargar Detalle
SUPERVISION OCTUBRE 569.pdf
SUPERVISION OCTUBRE 569.pdf
Comprador Descargar Detalle
SUPERVISION_AGOSTO_52005692025.pdf
SUPERVISION_AGOSTO_52005692025.pdf
Comprador Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Volver
Imprimir
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
17°C
Búsqueda
ESP
1:36 p. m.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141159803196

(415)7707212489984(8020) 000014115980319 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 9 0 4 7 3	9	Impuestos y Aduanas de Pasto 1 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
IPS MUNICIPAL DE IPIALES ESE

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6

41. Dirección principal
CL 26 8 114

42. Correo electrónico gerencia@ipsmunicipalese.gov.co

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

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	2 0 0 6 1 2 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	1 6	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
16- Obligación facturar por ingresos bienes
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

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 VALLEJO FLOREZ DANIEL ALBERTO

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: 141159803196

(415)7707212489984(8020) **000014115980319 6**

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

Página 3 de 11 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141159803196

(415)7707212489984(8020) **000014115980319 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 1 9 0 4 7 3	9	Impuestos y Aduanas de Pasto	1 4	

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 8 5 8 9 7 6 0 8		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
VALLEJO	FLOREZ	DANIEL	ALBERTO
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
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141159803196

(415)7707212489984(8020) **000014115980319 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 1 9 0 4 7 3	9	Impuestos y Aduanas de Pasto	1 4	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	119. Razón social	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
1	Cédula de Ciudada 1 3	8 7 1 0 3 7 5 3		COLOMBIA 1 6 9	PANTOJA	IPIALES	JOSE	AMILCAR				2 0 2 4 0 1 0 1	
2	Cédula de Ciudada 1 3	5 2 8 1 8 7 0 6		COLOMBIA 1 6 9	VELA	MONTENEGRO	ELENA	CAROLINA				2 0 2 4 0 7 0 5	
3	Cédula de Ciudada 1 3	1 0 8 5 9 0 0 6 5 5		COLOMBIA 1 6 9	BASTIDAS	RECALDE	VICTOR	HUGO				2 0 2 4 0 1 0 1	
4	Cédula de Ciudadan 1 3	8 7 1 0 1 9 7 7		COLOMBIA 1 6 9	ERAZO	QUENGUAN	MARIO	ANDRES				2 0 2 4 0 7 0 4	
5	Cédula de Ciudadan 1 3	1 2 9 5 1 4 9 4		COLOMBIA 1 6 9	RUIZ		JAIME					2 0 2 4 0 8 1 3	

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 141159803196

(415)7707212489984(8020) **000014115980319 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 1 9 0 4 7 3		Impuestos y Aduanas de Pasto	1 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	3 0 3 7 3 0 5 7		1 7 9 2 0 7 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
MARIN	RODAS	MARIA	VICTORIA

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

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 4 0 7 1 7

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 7 2 5 0 4 8 6		8 7 8 7 6 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
SOLARTE	AYALA	MARIA	STELLA

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 1 0 0 9 1 6

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141159803196

(415)7707212489984(8020) **000014115980319 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 1 9 0 4 7 3		Impuestos y Aduanas de Pasto	1 4	

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 DE PRIMER NIVEL

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6	

165. Dirección
CL 26 8 114

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	

168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
6 0 2 7 7 3 2 4 1 3		

2

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
CENTRO DE SALUD SAN VICENTE

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6	

165. Dirección
CL 18 4 31

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	

168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
6 0 2 7 7 3 6 4 2 2		

3

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:
CENTRO DE SALUD CHARCO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6	

165. Dirección
CR 6 2 08 BRR EL CHARCO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	

168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141159803196

(415)7707212489984(8020) **000014115980319 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 9 0 4 7 3		Impuestos y Aduanas de Pasto 1 4	

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
CENTRO DE SALUD YERBABUENA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6

165. Dirección
CR 13 9 100 BRR YERBABUENA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 2 7 2 5 0 5 3 1	

2

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
CENTRO DE SALUD LAS CRUCES

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6

165. Dirección
VDA LAS CRUCES

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 2 7 7 3 9 3 3 7	

3

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:
CENTRO DE SALUD PUENES

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6

165. Dirección
CR 6 B 25 87 BRR KENEDY

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 2 7 2 5 4 0 4 9	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141159803196

(415)7707212489984(8020) **000014115980319 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 9 0 4 7 3		Impuestos y Aduanas de Pasto 1 4	

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: CENTRO DE SALUD LA VICTORIA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6

165. Dirección: CORR LA VICTORIA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono	169. Fecha de cierre
6 0 2 7 7 5 2 9 4 6	

2

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: CENTRO DE SALUD YARAMAL

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6

165. Dirección: CORR YARAMAL

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
Sede 0 9	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0

162. Nombre del establecimiento: PUESTO DE SALUD LAS LAJAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6

165. Dirección: CORR LAS LAJAS

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono	169. Fecha de cierre
6 0 2 7 7 5 4 5 0 4	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141159803196

(415)7707212489984(8020) **000014115980319 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 9 0 4 7 3		Impuestos y Aduanas de Pasto 1 4	

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
PUESTO DE SALUD JARDINES DE SUCUMBIOS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6

165. Dirección
CORR COFANIA JARDINES DE SUCUMBIOS

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

2

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
PUESTO DE SALUD SAN JUAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6

165. Dirección
CORR SAN JUAN

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono 6 0 2 7 7 3 9 1 1 9	169. Fecha de cierre

3

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:
PUESTO DE SALUD CUTUAQUER

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6

165. Dirección
VDA CUTUAQUER

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141159803196

(415)7707212489984(8020) **000014115980319 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 1 9 0 4 7 3		Impuestos y Aduanas de Pasto	1 4	

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
PUESTO DE SALUD CHAGUAIPE

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6	

165. Dirección
VDA CHAGUAIPE

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

2

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
PUESTO DE SALUD LOMA DE ZURAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6	

165. Dirección
VDA LOMA DE ZURAS

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
6 0 2 7 7 3 9 0 9 5		

3

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:
PUESTO DE SALUD TEQUEZ

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6	

165. Dirección
VDA TEQUEZ

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141159803196

(415)7707212489984(8020) **000014115980319 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 9 0 4 7 3		Impuestos y Aduanas de Pasto 1 4	

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: CENTRO DE AYUDAS INTEGRALES LA ESMERALDA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6	

165. Dirección: BRR LA ESMERALDA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

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

Amparo Milena Rivera Molina

De: Maria Adelaida Cano Uribe
Enviado el: miércoles, 19 de noviembre de 2025 1:41 p. m.
Para: Monica Jakeline Calpa Martinez
CC: Amparo Milena Rivera Molina
Asunto: APROBACION DE DESEMBOLSO OCTUBRE CONVENIO 52005692025

Doctora
MONICA JAKELINE CALPA MARTINEZ
Coordinadora Grupo Financiero
ICBF Regional Nariño

Cordial saludo

De manera atenta en calidad de supervisora contractual se informa que se aprueba la certificación de pago correspondiente al segundo desembolso mes octubre, convenio 52005692025 suscrito con el operador IPS MUNICIPAL DE IPIALES"--por valor de $ 206.370.037.

Cordialmente,

BIENESTAR FAMILIAR

Maria Adelaida Cano Uribe
Profesional Especializado
Primera Infancia
Centro Zonal Ipiales
ICBF Sede Regional Nariño
Carrera 3 No. 10 – 21 Barrio La Libertad
Teléfono: 602 7374561 Ext. 234004
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto

del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co