Yo, **LINA MARIA DUQUE RAMIREZ**

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	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO RISARALDA						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	891409025				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	66-00-113-2022	FECHA SUSCRIPCIÓN	8 (día)	septiembre (mes)	2022 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 8 (día) septiembre (mes) 2022 (año)	HASTA	30 (día) noviembre (mes) 2022 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	25 (día) noviembre (mes) 2022 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	1	DE	3
VALOR A PAGAR	$ 23.021.605,00	EN LETRAS	VEINTITRÉS MILLONES VEINTIÚN MIL SEISCIENTOS CINCO PESOS M/CTE.		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 8 (día) septiembre (mes) 2022 (año)	HASTA	30 (día) septiembre (mes) 2022 (año)		

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN DESDE EL SECTOR INCLUSIÓN SOCIAL - CONTRIBUCIÓN CON ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL COMPONENTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN PARA LA POBLACIÓN COLOMBIANA	117322	21	C-4102-1500-12-0-4102016-02	101	02-02-02-009-003-03 OTROS SERVICIOS SOCIALES CON ALOJAMIENTO	$ 23.021.605,00

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 AGRARIO DE COLOMBIA S.A	NÚMERO DE CUENTA	457553004225	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

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

5. APUCACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$	23.021.605,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	23.021.605,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	23.021.605,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
LINA MARIA DUQUE RAMIREZ	PROFESIONAL	RISARALDA	LA VIRGINIA	

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
SEBASTIAN MEJIA GOMEZ	APOYO FINANCIERO	RISARALDA	LA VIRGINIA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
MARIA NIDIA CASTAÑA HENAO	G.A.T		25/11/2022

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA
Jennifer Patiño Meza	Noviembre 28 de 2022	10:15am	

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