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	19 (día) diciembre (mes) 2022 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			1 (día) febrero (mes) 2023 (año)		

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Reserva presupuestal	PAGO No:	4 DE 4
VALOR A PAGAR	$ 19.856.649,00	EN LETRAS	DIECINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIES MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE.
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) diciembre (mes) 2022 (año)	HASTA	19 (día) diciembre (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	$ 19.856.649,00

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. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$	19.856.649,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	19.856.649,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	19.856.649,00

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		1/02/2023

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA
Jennifer Patiño Meza	Febrero 01 de 2023	8:40am	

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