enterritorio	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA EL PAGO**	CÓDIGO:	**F-FI-06**
		VERSIÓN:	**04**
		VIGENCIA:	**2024-04-08**
	GESTIÓN FINANCIERA	CLASIFICACIÓN:	**IPC**

Radicado No.

1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (según aplique), certifica que el beneficiario: RED SALUD ARMENIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.

ha dado cumplimiento a los requisitos exigidos para el trámite del presente pago. Asimismo certifica que su contenido y condiciones han sido verificados previamente.

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: NIT [redacted] CC [ ] CE [ ] TI [ ] **NÚMERO DOCUMENTO:** 801.001.440 **DV:** 8

MARQUE CON X SI PERTENECE AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN [ ]

TELÉFONO: 7371010 **CORREO ELECTRÓNICO** financiera@redsaludarmenia.gov.co

FUNCIONAMIENTO	[ ]	**CONV. O CTO. INTERADMINISTRATIVO**	[redacted]	**SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS**	[ ]

VALOR PRESENTE DESEMBOLSO	
VALOR FIJO $	39.231.730
VALOR VARIABLE $ (SI APLICA)	

No. CONV. O CTO. INTERADMINISTRATIVO 222005 **No. CONTRATO** 2230106 **FUENTE DE FINANCIAMIENTO** 485

No. PROCESO CONTRACTUAL CDRI-018-2023

FACTURA No. FE197086 **CUENTA DE COBRO** [ ] **DOCUMENTO EQUIVALENTE ¿CUÁL?** **No.**

ANTICIPO:	**SI** [ ]	**NO** [ ]	**%** [ ]	**VALOR $**		**OTROS DESCUENTOS POR VALOR $**		
RETEGARANTIA:	**SI** [ ]	**NO** [ ]	**%** [ ]	**VALOR $**		**ESPECIFIQUE:**		
AMORTIZA:	**SI** [ ]	**NO** [ ]	**%** [ ]	**VALOR $**		**ESPECIFIQUE:**		

2. PERIODO DE COBRO

INICIO	1/08/2024	**FIN**	31/08/2024	**DESEMBOLSO Nº**	19	**VALOR BRUTO $**	39.231.730

3. APROBACIONES

	APRUEBA - INTERVENTOR	**AVALA - DESIGNADO ENTE TERRITORIAL**	**VERIFICA Y/O AUTORIZA - SUPERVISOR ENTerritorio S.A.**
FIRMA:			
NIT / C.C.:			79.794.156
NOMBRE:			CARLOS ALBERTO GONZALEZ PROMICIEROS

OBSERVACIONES:

AUTORIZA - GERENTE CONTRATO INTERADMINISTRATIVO (aplica para contratación derivada) **o GERENTE DE GRUPO** (aplica cuando el Supervisor de ENTerritorio S.A. es el Gerente del contrato interadministrativo)

CARLOS ALBERTO GONZALEZ PROMICIEROS

ORDENADOR DEL GASTO (NO APLICA PARA CONTRATOS)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

NOTA: EL PRESENTE FORMATO NO SE ACEPTA CON TACHONES NI ENMENDADURAS

AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

ENTerritorio S.A., con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web www.enterritorio.gov.co.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, ENTerritorio S.A. sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice.

Usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso, actualización, rectificación o supresión de sus datos personales, así como la revocatoria de su autorización, cuando sea procedente, a través de una comunicación escrita, acompañada de una copia de su documento de identificación mediante el formulario de radicación de Consultas, Peticiones y Reclamos (que encontrará en nuestra página web), el Centro de Servicio al Ciudadano de la Calle 26 No. 13 – 19 en Bogotá D.C., al correo electrónico quejasyreclamos@enterritorio.gov.co; o de forma verbal, comunicándose a la línea Transparente: 57(1)01 8000 914 502, todo lo cual se efectúa en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y nuestra Política de Tratamiento de Información Personal.

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

Señor beneficiario diligencie el presente formato en sus secciones: 1. Información general y sus respectivas firmas.
ENTerritorio S.A. realiza la evaluación de la información aquí registrada y devolverá la certificación en caso de encontrar diferencias, las cuales serán comunicadas al interesado.
En ningún caso será procesado el pago sin la recepción a satisfacción de este documento por parte de ENTerritorio S.A..

1. INFORMACIÓN GENERAL

a.	**Nombre del beneficiario / razón social:** después de las palabras "...beneficiario:_", se debe consignar los nombres y apellidos o razón social de quien suscribió el convenio o contrato interadministrativo/contrato con ENTerritorio S.A.. Para persona natural escriba los nombres y apellidos completos tal como aparecen en su documento de identificación. Si se trata de una persona jurídica escriba la razón social que se encuentra en el certificado de existencia y representación legal de la entidad.
b.	**Tipo de documento de identidad:** marque NIT para número de identificación tributaria, CC para cedula de ciudadanía, CE para cedula de extranjería y TI para tarjeta de identidad.
c.	**Numero de documento:** escriba el número del documento que lo identifica o el numero del NIT que corresponde a su entidad y el DV (**Dígito de verificación**) respectivo.
d.	**Pertenece al regimen simple de tributación:** Informar dicha calificación teniendo en cuenta el artículo 66 de la Ley 1943 de 2018 "Ley de Financiamiento" **o las que lo sustituyan y/o modifiquen**
e.	**Teléfono:** escriba el número de teléfono fijo/celular especificando indicativo y número de extensión, si aplica.
f.	**Correo electrónico:** escriba la dirección de correo electrónico.
g.	**Fuente de recurso:** Marque con una X el tipo de fuente de recurso al cual pertenece el pago (funcionamiento, convenios o contratos interadministrativos, Sistema General de Regalías (SGR))
h.	**Número de convenio o contrato interadministrativo:** escriba el número del contrato interadministrativo que aparece en los considerandos de la minuta del contrato, si no suscribió contrato tómelo del acta de aceptación de su oferta.
i.	**No. Proceso contractual:** escriba el número del proceso del SECOP II, mediante el cual se surtió la contratación (Obligatorio en todos los desembolsos y para contratación de SECOP II).
j.	**Número de contrato:** escriba el número del contrato que suscribió con ENTerritorio S.A. el cual aparece en la minuta del mismo, si no suscribió contrato deje el espacio en blanco.
k.	**Valor fijo:** escriba el valor fijo que corresponde al desembolso que está tramitando. Tenga en cuenta que el campo **Concepto de pago fijo** se refiere a motivos plenamente establecidos en el contrato de acuerdo con la forma de pago pactada, estos deben ser descritos brevemente.
l.	**Valor variable:** escriba el valor varible que corresponde al desembolso que está tramitando. Tenga en cuenta que el campo **Concepto de pago Variable** se refiere a motivos ocasionales que deben estar expresamente pactados en el contrato, los cuales deben ser descritos brevemente.
m.	**Factura No.:** escriba el número de la factura, si no debe presentar este documento deje el espacio en blanco.
n.	**Cuenta de Cobro:** marque esta casilla solo si presenta esta clase de documento.
o.	**Documento equivalente:** en caso de presentar este documento indique el nombre y el número del mismo.
p.	**Anticipo**: cuando en el contrato se haya pactado la entrega de algún anticipo, se debe indicar el porcentaje y valor correspondiente.
q.	**Retegarantia:** cuando en el contrato se haya pactado la retención en garantia de algún monto se debe indicar el porcentaje y el valor respectivos.
r.	**Amortiza:** escriba el valor de la amortización de anticipos, se debe indicar el porcentaje y valor correspondiente.

s.	**Otros descuentos por valor:** escriba el valor de otros descuentos aplicables al desembolso que esta tramitando (si no se aplica este campo, deje el espacio en blanco).
t.	**Especifique:** si diligencio algún valor en el campo anterior, describa brevemente el concepto de dicho valor.

2, PERIODO DE COBRO

a.	**Fecha de Inicio:** Fecha que inicia el cobro del mes
b.	**Fecha de Fin:** Fecha donde termina el cobre del mes
c.	**Desembolso N°:** Es el numero de desembolso correspondiente al periodo a cobrar
d.	**Valor Bruto;** Es el valor total del mes a cobrar

3. APROBACIONES

a.	**Aprueba Interventor (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como interventor para realizar seguimiento a la ejecución de la obligación adquirida con ENTerritorio S.A.. Para razón social esta información corresponde al representante legal. La revisión por parte del interventor del contrato de obra consiste en someter a nuevo examen las obras objeto del contrato y la ejecución del mismo desde la perspectiva técnica, financiera, administrativa y jurídica, así como los informes presentados por el contratista de obra para corregirlo, enmendarlo o repararlo, en ejercicio de las funciones asignadas contractualmente a la interventoría. Con base en lo anterior, al interventor le corresponde aprobar, esto es, calificar como suficiente y adecuada la ejecución de los avances en la obra, según la etapa en que la misma se encuentre.
b.	**Avala Designado Ente Territorial (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona designada para avalar el pago por parte del Ente Territorial. Esta revisión consiste en el exámen de los informes del contratista de obra para corregir, enmendar o reparar cualquier aspecto relacionado con la normatividad territorial aplicable. En desarrollo de esta función, el designado de la entidad territorial debe avalar, es decir manifestar su acuerdo con la ejecución del contrato, desde la perspectiva de estas normas. (APLICA PARA CONTRATOS SIN SITUACIÓN DE FONDOS).
c.	**Verifica Supervisor ENTerritorio S.A. (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como supervisor para realizar seguimiento a la ejecución de la obligación adquirida con ENTerritorio SA.. En los casos en que aplique, la verificación a cargo del Supervisor de ENTerritorio S.A. consiste en comprobar o examinar que el interventor llevó a cabo todo el seguimiento técnico, jurídico, financiero y administrativo del contrato de obra, y que el mismo está documentado de acuerdo con las exigencias de ENTerritorio.
d.	**Verifica y autoriza Supervisor ENTerritorio S.A. (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como supervisor para realizar seguimiento y verificación a la ejecución de la obligación contractual con ENTerritorio S.A. y autoriza el pago.

Red Salud Armenia E.S.E.
PA' CUIDAR DE TODOS

RED SALUD ARMENIA E.S.E.

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE197086

Nit: 801001440-8 **Fecha Factura: 11 sept. 2024 09:24 a. m.**

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 41944638 - DIANA MILENA COY CORREA **IPS** 630010046001

Entidad ENTERR EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL S.A. **Dirección** CLLE 26 N 13-19 P30

Plan **001153** **EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL S.A.** **NIT** 899999316

Ingreso **11833118**

Paciente C.C : 899999316 EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL S A **Tel:** 6019156282 **Tipo** Otro

Sexo Masculino **Edad** 48 Años / 3 Me **Fecha Ingreso** 11 sept. 2024 09:24 a. m. **Fecha Egreso** 11 sept. 2024 09:24 a. m.

Medico **011 - LABORATORIO CLINICO HOSPITAL 01** **Autorizacion:**

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO						
99032	Contrato 2230106 Mes Agosto de de actividades para la promocion y oferta de pruebas rapidas de VIH y la entrega de paquetes definidos de servicios a (HSH),(PID).(TS) y migrantes Supervisor administrativo Carlos Gonzalez	1,00	$ 9.295.402,00	$ 0,00	$ 0	$ 9.295.402
99033	Contrato 2230106 Mes Agosto Reporte del abordaje directo de los cuatro grupos poblacionales priorizados (hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres-HSH personas que se inyectan drogras-PID trabajador sexual TS y migrante) supervisor administrativo Carlos Gonzalez	1,00	$ 29.936.328,00	$ 0,00	$ 0	$ 29.936.328

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$ 39.231.730,00
VALOR IVA	$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	$ 0,00
VALOR ANTICIPO	$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	$ 0,00
VALOR DESCUENTOS	$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	$ 39.231.730,00

TOTAL: TREINTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS TREINTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

GERENTE **FIRMA Y HUELLA PACIENTE**

Cufe: 72fb3e752bab25c8da39e6d3446a9eb32af1400b53c0c2a12b841dfeddc293769036fd3e7740fe63f4b67684578e389f

AUTORIZACION DE FACTURACION ELECTRONICA SEGUN RES. DE LA DIAN No 18764036838384 DEL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2022 PREFIJO FE DESDE 122007 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGÚN EL ARTÍCULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 11 septiembre 2024
Usuario Id. :41944638

LICENCIADO A: [RED SALUD ARMENIA E.S.E] NIT [801001440-8]

CS Escaneado con CamScanner

SANDRA LILIANA GIRALDO ARBOLEDA
REVISOR FISCAL
TEL 3154582574

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE

RED SALUD ARMENIA ESE

NIT: 801.001.440-8

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con el resultado las pruebas selectivas realizadas a los documentos y registros de contabilidad de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoria y de Aseguramiento de la información, Certifico que Red Salud Armenia Ese identificada con NIT 801.001.440-8 se encuentra a Paz y Salvo por conceptos de pago de sus obligaciones con los sistemas de Salud, Riesgos Laborales, Pensiones, Aportes a la Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena), del personal vinculado a la entidad por los últimos seis (6) meses y con fecha de pago Septiembre 06 de 2024, correspondiente a la Salud de Septiembre de 2024 y Pensión Agosto de 2024 de forma oportuna según planilla No 9472883509.

El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la entidad. 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 certificado el cumplimiento de tales obligaciones.

Dado en Armenia a los (11) días del mes de Septiembre de 2024.

NOTA: La presente certificación se expide en virtud del contrato Número 2230106 Convenio 222005, firmado con la EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL-ENTERRITORIO

SANDRA LILIANA GIRALDO ARBOLEDA
Revisora Fiscal
TP. 45315-T

CS Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.927.212**

GIRALDO ARBOLEDA

APELLIDOS

SANDRA LILIANA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-ENE-1973**

SEVILLA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-JUN-1991 ARMENIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2600100-00253885-F-0041927212-20100907 0023753625A 1 4170899766

CS Escaneado con CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

45315-T



SANDRA LILIANA
GIRALDO ARBOLEDA
C.C. 41927212
RES. INSCRIPCION 131 DEL 07/12/1995
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

351915 53408

226341/0333

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (60)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

CS Escaneado con CamScanner

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

0052BD3C9AE3C81F

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 **SANDRA LILIANA GIRALDO ARBOLEDA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 41927212 de ARMENIA (QUINDIO) Y Tarjeta Profesional No 45315-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 19 días del mes de Junio de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

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

CS Escaneado con CamScanner

Armenia, Septiembre 13 de 2024

Doctor
JOSE ANTONIO CORREA LÓPEZ
Gerente Red Salud Armenia E.S.E.
Av. Montecarlo Urbanización Guaduales de la Villa
CP630001- Tel:7371010
gerencia@redsaludarmenia.gov.co
Armenia, Quindío

Asunto: Aprobación del informe de actividades y reporte del abordaje directo de los cuatro grupos poblacionales priorizados (HSH, PID, TS y Migrante) del mes de Agosto de 2024. Convenio de Cooperación No. 2230106.

Estimado Dr. Correa

En calidad de supervisoras técnicas se certifica que hemos recibido a satisfacción los siguientes informes en el marco del Convenio Interadministrativo de Cooperación No. 2230106 cuyo objeto es "*AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, HUMANOS, ECONÓMICOS Y LOGÍSTICOS PARA IMPLEMENTAR EL MODELO DE PREVENCIÓN COMBINADA DEL VIH CON ENFOQUE COMUNITARIO EN POBLACIÓN CLAVE (*HSH, PID, TS y MIGRANTES *) EN LA CIUDAD DE ARMENIA Y SU ÁREA CONURBADA, PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO "AMPLIACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH CON ENFOQUE DE VULNERABILIDAD", EN EL MARCO DEL ACUERDO DE SUBVENCIÓN NO. COL-HENTERRITORIO* 3042 (CONVENIO No. 222005)":

- Informe de actividades para la promoción y oferta de pruebas rápidas de VIH y la entrega de paquetes definidos de servicios a Personas hombres que tienen relaciones sexuales con hombres - HSH, personas que se inyectan drogas - PID, trabajadores sexuales - TS y migrantes, del mes de agosto de 2024.

- Reporte del abordaje directo de los cuatro grupos poblacionales priorizados con los siguientes datos:

Indicador	Cantidad
Personas de la población clave (HSH, TS, PID, Migrantes) alcanzada con paquetes de servicios de prevención.	**449**
Personas de la población clave que accedieron a pruebas de VIH. (HSH, TS, PID, Migrantes.)	**428**

Fuente: SISCO-SSR (corte a 31 de agosto de 2024)

Conforme a lo anterior, se aprueban los productos para el desembolso No. 19, correspondiente a las actividades del mes de agosto de 2024.

Cordialmente,

AMANDA PATRICIA MOLINA ESTRADA
Gestora Técnica - Armenia

STEPHANIE LOPEZ GRANADA
Profesional Técnica Monitoreo y Evaluación - Armenia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

914 502 www.ENTERRITORIO
S.A..gov.co