MEMORANDO

Radicado No: 202433300000047733

Para: LUZ MILA MEDINA ROMERO
Coordinadora Financiera

Asunto: **Solicitud tramite pago cuarto desembolso Convenio Interadministrativo ESE Baranoa (08004652024**

Fecha: 2024-10-22

Me dirijo a usted con el fin de solicitar adelantar trámite de pago cuarto desembolso correspondiente al Convenio Interadministrativo con la ESE Hospital de Baranoa quienes ejecución de la modalidad 1000 días para cambiar el mundo en los municipios de Tubara (11 cupos), Galapa (19 cupos), Baranoa (42 cupos), Sabanalarga (50 cupos), Repelón (50 cupos), Manatí (50 cupos), Luruaco (50 cupos), Puerto Colombia (28 cupos), y cuyo objeto es “Aunar esfuerzos humanos, técnicos, tecnológicos, administrativos y financieros para la implementación de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, en concurrencia con los servicios propios del sistema de salud colombiano para la atención y prevención de la desnutrición aguda moderada y severa”.

Se adjunta documentación requerida, según procedimiento establecido.

Cordialmente,

STEPANOVA VIANA MORENO
Coordinadora Grupo Asistencia Técnica
Regional Atlántico ICBF

Anexo: __ documentos anticipo recursos (convenio interadministrativo ESE Santo Tomás)

Aprobó: Stepanova Viana Moreno – Coordinadora Grupo Asistencia Técnica
Revisó: Stepanova Viana Moreno – Coordinadora Grupo Asistencia Técnica
Proyectó: Rosemary Mendoza Soto – Grupo Asistencia Técnica

Yo, **ROSEMARY MENDOZA SOTO**

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 DE BARANOA						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890103002-7				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	08004652024	FECHA SUSCRIPCIÓN	30 (día)	junio (mes)	2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 5 (día) julio (mes) 2024 (año)	HASTA	31 (día) diciembre (mes) 2024 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO			
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			23 (día) octubre (mes) 2024 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	4	DE	6
VALOR A PAGAR	$ 119.763.137,00	EN LETRAS	CIENTO DIECINUEVE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA Y SIETE PESOS		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) octubre (mes) 2024 (año)	HASTA	31 (día) octubre (mes) 2024 (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	141824	27	C-4602-1500-5-30205B-4102016-02	101 ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN	02-02-02-009-003-05 OTROS SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	$ 119.763.137,00

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:	BANCOLOMBIA	NÚMERO DE CUENTA	59500001221	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

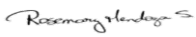
4. ANTICIPOS

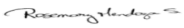
VALOR A PAGAR	$ - A	EN LETRAS			
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -	CUOTA NÚMERO		DE	

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	$ 119.763.137,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 119.763.137,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 119.763.137,00

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

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
ROSEMARY MENDOZA SOTO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	ATLANTICO	GRUPO ASISTENCIA TECNICA	
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**
FARID GARIZABALO ANAYA	APOYO NUTRICION GAT	ATLANTICO	GRUPO ASISTENCIA TECNICA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	**ÁREA**	**FIRMA**	**FECHA (dd/mm/aaaa)**
ROSEMARY MENDOZA SOTO	GRUPO ASISTENCIA TECNICA		

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



ESE Hospital de Baranoa

Nit 890103002
Dirección Calle 19 # 20-10
Telefono 3161198
Email facturacion@esehospitaldebaranoa.gov.co

CUFE 84987f95353ccc6800ee8dffd8fa3838ee06661852ae8304e29f381025e2202153772f07ccb5ba3c5d332d0b3652a6ae

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

Cliente	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR FAMILIAR ICBF	**Factura No**	FE53522
Identificación	NI899999239	**Fecha Generacón**	17/10/2024
Direccción	KRA 68 No.64C - 75	**Vencimiento**	17/10/2024
Telefono	3683468-3608940	**Forma de Pago**	Credito
Descripción			

Descripcion	Cantidad	Descuentos	Total Iva	Total
Cuarto desembolso del convenio interadministrativo No 08004652024, Aunar esfuerzos humanos, técnicos, tecnológicos y administrativos para la implementación de los 1.000 días, en la atención y prevención de la desnutrición aguda moderada y severa.	1	0,00	0,00	119.763.137,00

Resolucion DIAN de Facturacon Electronica 18764058098608 de fecha 2023-10-17 de Rango FE 36233 Hasta 60000

Son ; **CIENTO DIECINUEVE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA Y SIETE PESOS /MCTE**

Total Bruto	119.763.137,00
Copago	0,00
IVA	0,00
Total Factura	119.763.137,00

E.S.E. HOSPITAL DE BARANOA
NIT 890.103.002-7

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES

Baranoa, Octubre 10 de 2024

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Atlántico

El suscrito **RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA** identificado como aparece al pie de mi firma, en calidad de representante legal de la E.S.E. HOSPITAL DE BARANOA, con Nit 890.103.002-7 y con convenio interadministrativo Nº 08004652024

CERTIFICA QUE:

1. Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la compañía información que he considerado necesaria.

2. He efectuado los procedimientos de revisión pertinente y he verificado que la entidad se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto con los proveedores de bienes y servicios, asociados a los proyectos y convenios con el I.C.B.F de acuerdo con las políticas internas de pago de la Institución con corte al mes de Septiembre de 2024

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada en Baranoa a los 10 días del mes de Octubre de 2024

RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA
CC 1.048.204.734
Representante Legal

E.S.E. HOSPITAL DE BARANOA
NIT 890.103.002-7

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSION RIESGOS PROFESIONALES Y PARAFISCALES

Baranoa, Octubre 10 de 2024

Señores
INTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Atlántico

El suscrito **RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA,** identificado como aparece al pie de firma, en calidad de representante legal de la E.S.E. HOSPITAL DE BARANOA, con nit 890.103.002-7 y con CONVENIO INTERADMINISTRATIVO Nº 08004652024.

CERTIFICA QUE:

5- He efectuado los procedimientos de revisión que he considerado pertinente de acuerdo con la norma de auditoria aceptadas en Colombia, con el propósito de verificar el pago efectuado por la E.S.E, por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensión, riesgos laborales y parafiscales a 30 de septiembre del año en curso.

   El pago de dichos aportes es responsabilidad de la E.S.E. Hospital de Baranoa como parte de su gestión, mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de Julio 27/2002, es emitir un informe certificando el cumplimiento de la mencionada obligación de pago.

6- Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la E.S.E. información que he considerado necesaria.

7- He verificado el pago de los aportes a todos los sistemas de los últimos seis (06) meses, anterior a la fecha de expedición de la presente certificación e

informamos que la E.S.E. Hospital de Baranoa, ha cumplido con los pagos al sistema de seguridad social y parafiscales, correspondiente a todos los empleados vinculados.

8- Adicionalmente el personal vinculado por contrato de prestación de servicio ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social a Septiembre 30 del año en curso.

Se expide la presente certificación a los 10 días del mes de Octubre de 2024.

Atentamente

RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA
CC 1.048.204.734
Representante Legal

E.S.E. HOSPITAL DE BARANOA
NIT 890.103.002-7

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL TALENTO HUMANO

Baranoa, 10 de Octubre de 2024

Señores
INTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Atlántico

Yo, **RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA,** identificado como aparece al pie de mi firma, en calidad de representante legal de la E.S.E. Hospital de Baranoa, con Nit 890.103.002-7 y con convenio interadministrativo 08004652024.

CERTIFICA QUE:

3- Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la E.S.E. Hospital de Baranoa la información que he considerado necesaria.

4- He efectuado los procedimientos de revisión pertinente y he verificado que la E.S.E. se encuentra a PAZ Y SALVO por concepto de pago al Talento Humano asociado Al proyecto y convenio con el I.C.B.F., de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución correspondiente al mes de Septiembre de 2024.

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada en Baranoa a los 10 días del mes de Octubre de 2024.

RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA
CC.1.048.204.734
Representante legal

Persona Natural _____
Persona Jurídica __x__

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

LA SUPERVISORA DEL CONVENIO No. 08004652024 SUSCRITO EL DIA 30 DE JUNIO DEL 2024

CERTIFICA:

Que en el mes de **OCTUBRE** del **2024**, la **ESE HOSPITAL DE BARANOA** cumplió con los requisitos establecidos para realizar el **cuarto** desembolso al presentar informe técnico con el reporte de Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, acompañado de evidencias fotográficas de trabajo en la comunidad, soportes de materiales para educación e información en salud relacionada con la desnutrición, soportes de entrega de la complementación alimentaria, y, levantamiento de actas con las comunidades relacionadas con correspondiente a la ejecución del mes de **SEPTIEMBRE** de la ESTRATEGIA DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN, MODALIDAD 1.000 DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO en la atención de beneficiarios (Niños y Niñas menores de 5 años y Madres Gestantes) en las áreas de influencia de Centro Zonal Baranoa: Municipio de Tubara (11 cupos), Galapa (19 cupos), Baranoa (42 cupos), Centro Zonal Sabanalarga: Municipio de Sabanalarga (50 cupos), Repelón (50 cupos), Manatí (50 cupos), Luruaco (50 cupos), Centro Zonal Norte Centro Histórico: Puerto Colombia (28 cupos).

El **cuarto desembolso** que corresponde al 15% del valor del convenio se realiza teniendo en cuenta las intervenciones efectivamente realizadas y soportadas durante el mes de **SEPTIEMBRE**.

Dada en Barranquilla, a los veintidós (22) días del mes de octubre del 2024.

ROSEMARY MENDOZA SOTO
Supervisora del Contrato

Persona Natural _____
Persona Jurídica __x__

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

LA SUPERVISORA DEL CONVENIO No. 08004652024 SUSCRITO EL DIA 30 DE JUNIO DEL 2024

CERTIFICA:

Que, en el mes de **OCTUBRE** del **2024**, la **ESE HOSPITAL DE BARANOA** identificada con **NIT 8901030027-0** Representada por **Ramiro Hernando Rada Goenaga** identificado con la cédula de ciudadanía No. **1.048.204.734** ha cumplido a satisfacción con lo establecido en las obligaciones contractuales relacionadas con la presentación de documentos para el cuarto desembolso y se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al sistema de Seguridad social integral, así como los propios del SENA, ICBF y cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda. Lo anterior dando cumplimiento al artículo No. 23 de la ley 1150 de julio 16 de 2007. Mes de **Septiembre** del 2024.

Periodo de pago 4 desembolso: mes de octubre/2024

Dada en Barranquilla, a los veintidós (22) días del mes de octubre del 2024.

ROSEMARY MENDOZA SOTO
Supervisora del Contrato