

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES

Baranoa, Diciembre 19 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 N° 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 Diciembre de 2024

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada en Baranoa a los 19 días del mes de Diciembre de 2024



RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA
CC 1.048.204.734
Representante Legal

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

Baranoa, Diciembre 19 de 2024

Señores
INSTITUTO 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 N° 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 octubre 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

 (5) 3161192  Calle 19 # 20 - 10 Baranoa/Atlántico

 @Hospitaldebaranoa  Hospital de baranoa  gerencia@esehospitaldebaranoa.gov.co

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 Diciembre 30 del año en curso.

Se expide la presente certificación a los 19 días del mes de Diciembre de 2024.

Atentamente



RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA
CC 1.048.204.734
Representante Legal

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL TALENTO HUMANO

Baranoa, 19 de Diciembre 2024

Señores

INSTITUTO 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 Diciembre de 2024.

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada en Baranoa a los 19 días del mes de Diciembre de 2024.



RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA

CC.1.048.204.734

Representante legal