Yo, MAYERLI SALENA SAURITH ZULETA
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	E.S.E HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	892.300.175-4				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	20002622024	FECHA SUSCRIPCIÓN	21 (día)	junio (mes)	2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 27 (día) junio (mes) 2024 (año)	HASTA	21 (día) diciembre (mes) 2024 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	3 (día) marzo (mes) 2025 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Reserva presupuestal	PAGO No:	5 DE 6
VALOR A PAGAR	$ 56.309.048,00	EN LETRAS	CINCUENTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS NUEVE MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE
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
ADQUIS. DE BYS - 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 A NIVEL NACIONAL	161824	27	C-4602-1500-530205b-4102016-02	101	02-02-02-009-003-03	$ 56.309.048,00

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 BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA	NÚMERO DE CUENTA	0316002707	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

Se procede a certificar quinto desembolso por la suma de CINCUENTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS NUEVE MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE PESOS M/CTE. ($56.309.048), correspondiente al 15% del valor de los aportes del ICBF menos las atenciones no prestadas, ya despues de validado y aprobado el plan operativo general de trabajo y cronograma de actividades, de acuerdo a lo estipulado en los estudios y minuta contractual Convenio Interadministrativo no. 20002622024 Modalidad 1000 dias para cambiar el mundo.

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	$	56.309.048,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	56.309.048,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	56.309.048,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
MAYERLI SALENA SAURITH ZULETA	COORDINADORA GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA	CESAR	GRUPO ASISTENCIA TECNICA	

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
KENIA CAROLINE STABILITO TORRES	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CESAR	GRUPO ASISTENCIA TECNICA	

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
ALICIA FERNANDA BECERRA BECERRA	CONTRATISTA GRUPO ASISTENCIA TECNICA	CESAR	GRUPO ASISTENCIA TECNICA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
ALICIA FERNANDA BECERRA BECERRA	GRUPO ASISTENCIA TECNICA		3/03/2025

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

Documento de cobro No 02658-2024

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

NIT No. 899.999.239-2

Debe A:

ESE HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES DE CHIRIGUANA

Nit. 892.300.175

LA SUMA DE: CINCUENTA Y SEIS MILLONES TRECIENTOS NUEVE MIL CUARENTA Y OCHO PESOS MCTE $56.309.048

POR CONCEPTO DE: QUINTO DESEMBOLSO DE HASTA EL 15% EN EL MARCO DE LA EJECUCION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No 20002622024 DENOMINADO MIL DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO, CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE DE 2024.

SE FIRMA EN CHIRIGUANA A LOS 30 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2024

SERGIO ANDRES GIL CELIS
AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR
ESE HOSPITAL SAN ANDRES DE CHIRIGUANA

SAC CONSULTING
Auditorías • Asesorías • Interventorías

A LA ADMINISTRACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES DE CHIRIGUANÁ

En mi calidad de Revisor Fiscal para la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES DE CHIRIGUANÁ, identificada con NIT. 892.300.175-4 he efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago realizado por la entidad por concepto de aporte a los sistemas de Salud, Pensiones, y Riesgos profesionales y a las Cajas de Compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), por el periodo correspondiente al mes de octubre de 2024.

El pago de dichos aportes es responsabilidad de la administración de la Entidad como parte de su gestión, 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 sobre el cumplimiento de tales obligaciones.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

a) Indagación con el personal del área responsable, en relación con los procedimientos utilizados para la identificación y pago de los aportes a los sistemas de Salud, Pensiones, y Riesgos profesionales y a las Cajas de Compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).
b) Obtención del comprobante de pago electrónico de aportes a los sistemas de Salud, Pensiones, y Riesgos profesionales y a las Cajas de Compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), realizado por el periodo correspondiente al mes de octubre de 2024.
c) Comparación del reporte de pago electrónico según se menciona en el literal anterior, con los registros contables de la Entidad para dicho periodo.

Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente, por el periodo correspondiente al mes de octubre de 2024, informo que, a la fecha del presente informe, la Entidad se encuentra al día en el pago de los aportes a los sistemas de Salud, Pensiones, y Riesgos profesionales y a las Cajas de Compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., a los veintiún (21) días del mes de enero de dos mil veinticinco (2025).



NEVER ENRIQUE MEJÍA MATUTE
Contralor con Funciones de Revisor Fiscal de
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES DE CHIRIGUANÁ
Miembro de SAC CONSULTING S.A.S.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 15.681.157
MEJIA MATUTE
APELLIDOS
NEVER ENRIQUE
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1964
PURISIMA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

19-NOV-1982 PURISIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00201697-M-0015681157-20091204 0018630621A 1 1480584671

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

TARJETA PROFESIONAL DE CONTADOR PUBLICO

38445-T



NEVER ENRIQUE
MEJIA MATUTE
C.C. 15681157
RESOLUCION INSCRIPCION 011 FECHA 14/04/1994
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO

PRESIDENTE

LUIS ALONSO COLMENARES RODRÍGUEZ 46496

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

CANCELADO

LOGOFORMES S.A. 1739 12/2007