MEMORANDO

Radicado No: 202533300000057353

Para: LUZ MILA MEDINA ROMERO
Coordinadora Financiera

Asunto: **Solicitud tramite pago quinto desembolso Convenio Interadministrativo ESE Baranoa**

Fecha: 2025-11-19

Me dirijo a usted con el fin de solicitar adelantar trámite de quinto desembolso correspondiente al Convenio Interadministrativo con la ESE Hospital de Baranoa quienes ejecutaron el Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición en los municipios que a continuación se relacionan:

AGRUPACIÓN NÚMERO DE UNIDAD DE SERVICIO ENTORNO EXTRAMURAL	Código Centro Zonal	Centro Zonal	CÓDIGO MUNICIPIOS	MUNICIPIOS	POTENCIALES PARTICIPANTES
UDS 2	803	CZ BARANOA	8296	GALAPA	11
	803	CZ BARANOA	8078	BARANOA	32
	804	CZ SABANALARGA	8141	CANDELARIA	41
	804	CZ SABANALARGA	8421	LURUACO	59
	804	CZ SABANALARGA	8436	MANATÍ	48
	804	CZ SABANALARGA	8606	REPELÓN	52
	804	CZ SABANALARGA	8638	SABANALARGA	57
TOTAL					**300**

El objeto es “Aunar esfuerzos humanos, técnicos, tecnológicos, administrativos y financieros para la implementación del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición del ICBF, en concurrencia con los servicios propios del sistema de salud colombiano para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa”.

Se adjunta documentación requerida, según procedimiento establecido.

Cordialmente,

Diana Gissela Heredia Serna
DIANA GISSELA HEREDIA SERNA
Coordinadora Grupo Asistencia Técnica
Regional Atlántico ICBF

Anexo: __ documentos quinto desembolso (convenio interadministrativo ESE Santo Tomás)
Aprobó: Diana Heredia Serna – Coordinadora Grupo Asistencia Técnica
Revisó: Diana Heredia Serna – 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	08004412025	FECHA SUSCRIPCIÓN	19 (día)	junio (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 (día) julio (mes) 2025 (año)	HASTA	30 (día) noviembre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO			
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			19 (día) noviembre (mes) 2025 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 5	DE 6
VALOR A PAGAR	$ 142.052.095,00	EN LETRAS	CIENTO CUARENTA Y DOS MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL NOVENTA Y CINCO PESOS
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) octubre (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) octubre (mes) 2025 (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	124825	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	$ 142.052.095,00

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 S.A	NÚMERO DE CUENTA	59500001401	TIPO DE CUENTA	AHORROS

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	$ 142.052.095,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 142.052.095,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 142.052.095,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
ROSEMARY MENDOZA SOTO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

E.S.E. HOSPITAL DE BARANOA

NIT 890.103.002-7

CUENTA DE COBRO No 005

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
I.C.B.F.
NIT 899.999.239-2
Kra 46 No 61-15 Barranquilla

DEBE A:

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

LA SUMA DE
$ 142.052.095
(**CIENTO CUARENTA Y DOS MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL NOVENTA Y CINCO**)

POR CONCEPTO DE:
QUINTO DESEMBOLSO CORRESPONDIENTE AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No 08004412025 ICBF

Atentamente,

RAMIRO RADA GOENAGA.
C.C. 1.048.204.734 DE BARANOA.
GERENTE ESE HOSPITAL DE BARANOA

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

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES

Baranoa, 07 de Noviembre 2025

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 08004412025.

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 Octubre de 2025

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada en Baranoa a los 07 días del mes de Noviembre de 2025

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, Noviembre 07 de 2025

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 08004412025.

CERTIFICA QUE:

1- 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.

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

3- 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.

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

Se expide la presente certificación a los 07 días del mes de Noviembre de 2025.

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, 07 de Noviembre de 2025

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 08004412025.

CERTIFICA QUE:

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

2- 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 Octubre de 2025.

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada en Baranoa a los 07 días del mes de Noviembre de 2025.

RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA
CC.1.048.204.734
Representante legal

Persona Natural _____
Persona Jurídica __x__

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

LA SUPERVISORA DEL CONVENIO No. 08004412025 SUSCRITO EL DIA 19 DE JUNIO DEL 2025

CERTIFICA:

Que, en el mes de **OCTUBRE** del **2025**, la **ESE HOSPITAL DE BARANOA** cumplió con los requisitos establecidos para realizar el quinto desembolso al presentar y *entregar todos los informes y soportes estipulados en la guía operativa,* correspondiente a la ejecución en el mes de Octubre/2025 de la MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN, EN EL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN en los municipios que a continuación se relacionan:

AGRUPACIÓN NÚMERO DE UNIDAD DE SERVICIO ENTORNO EXTRAMURAL	Código Centro Zonal	Centro Zonal	CÓDIGO MUNICIPIOS	MUNICIPIOS	POTENCIALES PARTICIPANTES
UDS 1	803	CZ BARANOA	8296	GALAPA	11
	803	CZ BARANOA	8078	BARANOA	32
	804	CZ SABANALARGA	8141	CANDELARIA	41
	804	CZ SABANALARGA	8421	LURUACO	59
	804	CZ SABANALARGA	8436	MANATÍ	48
	804	CZ SABANALARGA	8606	REPELÓN	52
	804	CZ SABANALARGA	8638	SABANALARGA	57
TOTAL					**300**

Dada en Barranquilla, a los diecinueve (19) días del mes de noviembre del 2025.

ROSEMARY MENDOZA SOTO
Supervisora del Contrato

Persona Natural _____
Persona Jurídica __x__

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

LA SUPERVISORA DEL CONVENIO No. 08004412025 SUSCRITO EL DIA 19 DE JUNIO DEL 2025

CERTIFICA:

Que, en el mes de **OCTUBRE** del **2025**, la **ESE HOSPITAL DE BARANOA** identificada con **NIT 890103002-7** 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 **quinto** 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 **octubre** del 2025.

Periodo de pago segundo desembolso: mes de octubre/2025

Dada en Barranquilla, a los diecinueve (19) días del mes de noviembre del 2025.

ROSEMARY MENDOZA SOTO
Supervisora del Contrato