MEMORANDO

Radicado No: 202531300000149783

Para: **ANA MILENA CUARTAS TOBÓN**
Coordinadora Grupo Interno de Trabajo Financiero
Regional Antioquia -ICBF-

Asunto: Solicitud Desembolso Convenio Interadministrativo No. 05011042025

Fecha: 2025-12-19

Respeta Ana Milena, cordial saludo.

En mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del convenio interadministrativo No. 05011042025 celebrado con la ESE Hospital San Rafael Yolombó, certifico para efectos del desembolso No. 5 que cumplieron con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, el valor del quinto desembolso es de $180.514.327,00 del aporte del ICBF, entregaron todos los informes y soportes estipulados en la guía operativa, certificado de pago de seguridad social y parafiscal.

La E.S.E. ha cumplido conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 o 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, además cumplen a cabalidad con los requisitos de desembolso exigidos en la resolución 05360 de 2023; por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados.

Tabla 1
Descripción del convenio

No. ZONA	No. CONTRATO	NIT DEL OPERADOR CONTRATADO	OPERADOR CONTRATADO
1	05011042025	890981536-3	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ

Fuente: Convenio interadministrativo N. 05011042025.

Atentamente,

CATALINA GARCIA ROBLEDO
Directora Regional Antioquia ICBF (E)

	NOMBRE - CARGO	FIRMA
Proyectó	Alejandra Acevedo Acevedo – Contratista Grupo Interno de Trabajo de Prevención	
Revisó	Leidy Vanessa González Olier- Contratista Grupo Interno de Trabajo de Prevención	
Aprobó Dirección	Laura Catalina Mejía Lopera – Abogada Contratista Dirección Regional Antioquia	
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.		

Yo, **CATALINA GARCIA ROBLEDO**

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 SAN RAFAEL DE YOLOMBÓ						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890.981.536- 3				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	05011042025	FECHA SUSCRIPCIÓN	9 (día)	julio (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 10 (día) julio (mes) 2025 (año)	HASTA	9 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	RESPONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	19 (día) diciembre (mes) 2025 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Cuentas por pagar	PAGO No:	5 DE 5
VALOR A PAGAR	$ 180.514.327.00	EN LETRAS	CIENTO OCHENTA MILLONES QUINIENTOS CATORCE MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	HASTA	9 (día) diciembre (mes) 2025 (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	427625	27	C-4602-1500-5-30205B-4102016-02	101	A-02-02-02-009-002-09	$ 180.514.327.00

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 POPULAR	NÚMERO DE CUENTA	500-80827222-6	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		
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 180.514.327.00	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 180.514.327.00	B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 180.514.327.00	

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
CATALINA GARCIA ROBLEDO	DIRECTORA REGIONAL (E) Supervisora del Contrato	ANTIOQUIA	GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE PREVENCIÓN	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
LEIDY JOHANA HERRERA CAÑOLA	REFERENTE DE NUTRICIÓN/DIRECCION DE NUTRICIÓN	ANTIOQUIA	GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE PREVENCIÓN	

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
ALEJANDRA MILENA ACEVEDO ACEVEDO	ENLACE FINANCIERO/DIRECCIÓN DE NUTRICIÓN	ANTIOQUIA	GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE PREVENCIÓN	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)

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

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Antioquia
Grupo Interno de Trabajo de Prevención
CLASIFICADA

PLANILLA DE LIQUIDACIÓN

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO	**No. 05011042025**
NOMBRE RAZÓN SOCIAL	**E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ**
NIT	**890.981.536-3**
VALOR DEL CONTRATO	**$ 1.186.105.064**
APORTE ICBF DINERO VIGENCIA 2024	**$ 1.065.326.716**
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. QUINTO DESEMBOLSO.	**$ 180.514.327**
VALOR A PAGAR APORTE DINERO ICBF	**$ 180.514.327**
COMPROMISO PPTAL	**427625**
IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	**C-4602-1500-5-30205B-4102016-02**
RECURSO	**27**
CUENTA BANCARIA	**500-80827222-6**
BANCO	**BANCO POPULAR**
TIPO DE CUENTA	**AHORROS**
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**CATALINA GARCÍA ROBLEDO**
CONTRATISTA	**ALEJANDRA ACEVEDO**

CATALINA GARCIA ROBLEDO
Directora Regional Antioquia ICBF (E)

	NOMBRE - CARGO	FIRMA
Proyectó	Alejandra Acevedo Acevedo – Contratista Grupo Interno de Trabajo de Prevención	
Revisó	Leidy Vanessa González Olier- Contratista Grupo Interno de Trabajo de Prevención	
Aprobó Dirección	Laura Catalina Mejía Lopera – Abogada Contratista Dirección Regional Antioquia	
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.		

ESE Hospital San Rafael Yolombó Transformando vidas	**HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ**	**Código: GA-FR-43** **Versión: 01** **Fecha de Aprobación: 01/09/2021**
	CUENTA DE COBRO	**Páginas: 1 de 1**

DEPENDENCIA: GERENCIA
NÚMERO DE CUENTA DE COBRO: 009-2025
Yolombó, 19 de diciembre de 2025

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR NIT: 899.999.239-2

DEBE A:

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBO NIT: 890.981.536-3

La suma de **CIENTO OCHENTA MILLONES QUINIENTOS CATORCE MIL TRECIENTOS VEINTI SIETE PESOS M/CTE ($180.514.327.00),** por concepto del quinto desembolso correspondiente a la ejecución del mes de DICIEMBRE de 2025, mediante Convenio Interadministrativo No. 05011042025, cuyo 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"**

Favor consignar en la cuenta corriente número 500-808-27222-6 del Banco Popular Yolombó.

Atentamente,

JUAN FERNANDO RIVERA USUGA
Gerente

Elaboró: Liliana Granda M
19.12.2025

FIRMA DE RECIBIDO:

FECHA DE RECIBIDO : 19/12/2025

ESE Hospital San Rafael Yolombó Transformando vidas	**HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ**	**Código: GA-FR-02** **Versión: 01** **Fecha de Aprobación: 28/06/2021**
	CERTIFICADO	**Páginas: 1 de 1**

DEPENDENCIA: GERENCIA
NÚMERO DE CERTIFICADO: 219
Yolombó, 19 de diciembre de 2025

EL GERENTE
DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBÓ

C E R T I F I C A:

Que a la fecha la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Yolombó, ha cumplido con el pago de sus obligaciones de seguridad social (Salud, pensiones y riesgos profesionales) y aportes parafiscales (Caja de Compensación, SENA e ICBF), dentro de los términos de ley, por el período comprendido entre los meses de JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE y DICIEMBRE de 2025.

En consecuencia, se encuentra a Paz y Salvo por estos conceptos

Atentamente,

FIRMA DE RECIBIDO:

FECHA DE RECIBIDO: 19/12/2025

JUAN FERNANDO RIVERA USUGA
Gerente

Elaboró: Liliana Granda M.
19.12.2025

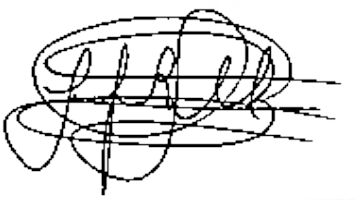
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.022.094.051
NUMERO

RIVERA USUGA
APELLIDOS

JUAN FERNANDO
NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1988

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

24-OCT-2006 ANTIOQUIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0103100-18155221-M-1022094051-20070212 06584 07043A 03 218340006

Outlook

RAUTORIZACIÓN TRAMITE DE DESEMSOLSO CONTRATO N° 05011042025 ESE YOLOMBO

Desde Catalina Garcia Robledo <Catalina.Garcia@icbf.gov.co>
Fecha Lun 22/12/2025 9:06
Para Ana Milena Cuartas Tobon <Ana.Cuartas@icbf.gov.co>
CC Nelly Patino Arboleda <Nelly.Patino@icbf.gov.co>; Robinson Castaneda Giraldo <Robinson.Castaneda@icbf.gov.co>; Alejandra Milena Acevedo Acevedo <alejandra.acevedo@icbf.gov.co>

1 archivo adjunto (256 KB)
20253130000014978 3 yolombo.pdf;

Doctora
ANA MILENA CUARTAS TOBON
Coordinadora Grupo Financiero.
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-
E.S.D

Cordial saludo,

Yo CATALINA GARCIA ROBLEDO, en calidad de SUPERVISORA DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVOS E.S.E. Hospital San Rafael de Yolombó , certifico para efectos del presente desembolso el contratos relacionado:

Cumplieron con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual para efectos del desembolso No. 5 certifico que cumplieron con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, el valor del segundo desembolso es de **$180.514.327,00** del aporte del ICBF, entregaron todos los informes y soportes estipulados en la guía operativa, certificado de pago de seguridad social y parafiscal.

La ESE ha cumplido conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 o 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, además cumplen a cabalidad con los requisitos de desembolso exigidos en la resolución 05360 de 2023; por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados.

Tabla 1
Descripción del convenio

No. ZONA	No. CONTRATO	NIT DEL OPERADOR CONTRATADO	OPERADOR CONTRATADO
1	05011042025	890981536-3	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ

Fuente: Convenio interadministrativo N. 05011042025.

Los documentos remitidos a través de mensaje de datos son válidos y los mismos pueden obrar como prueba para el trámite de pago, siempre que cumplan con las condiciones establecidas en la Ley 527 de 1999"; estos documentos de los siguientes contratos han sido radicados mediante **ORFEO No: 202531300000149783**

Cordialmente,

BIENESTAR FAMILIAR

Catalina García Robledo
Directora Regional Antioquia (E)
ICBF Sede Regional Antioquia
Calle 45 # 79 - 141
Teléfono: 604 4093440
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co