Yo, **Luis Fernando Arrieta Perez**

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 DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS					
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	842000004-4			
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	99001222025	FECHA SUSCRIPCIÓN	24 (día) julio (mes) 2025 (año)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 (día) agosto (mes) 2025 (año)	HASTA	28 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO	
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			4 (día) febrero (mes) 2026 (año)			

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Reserva presupuestal	PAGO No: 4 DE 4	
VALOR A PAGAR	$ 2.150.377.189,00	EN LETRAS	DOSMIL CIENTO CINCUENTA MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CIENTO OCHENTA Y NUEVE PESOS
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	HASTA	28 (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
ATENCION Y PREVENCION A LA DESNUTRICION	63625	27	C-4602-1500-5 30205B-4102016-02 102	101 ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN	02-02-02-009-003-05	$ 2.150.377.189,00

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	522-00002848	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

El socio implementador presenta la cuenta de cobro para el mes de diciembre por un valor de: DOSMIL CIENTO CINCUENTA MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CIENTO OCHENTA Y NUEVE pesos MC/TE. Correspondiente al desembolso al mes de diciembre

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	$ 2.150.377.189,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 2.150.377.189,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 2.150.377.189,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
LUIS FERNANDO ARRIETA PEREZ	SUPERVISOR	VICHADA	COORDINADOR CENTRO ZONAL	

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

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