enterritorio	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA EL PAGO**	CÓDIGO:	**F-FI-06**
		VERSIÓN:	**04**
		VIGENCIA:	**2024-04-08**
	GESTIÓN FINANCIERA	CLASIFICACIÓN:	**IPC**

Radicado No.

1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (según aplique), certifica que el beneficiario: **FUNDACION PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE ATENCION MEDICA - FUNDACION SIAM**

ha dado cumplimiento a los requisitos exigidos para el trámite del presente pago. Asimismo certifica que su contenido y condiciones han sido verificados previamente.

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: NIT [redacted] CC [ ] CE [ ] TI [ ] **NÚMERO DOCUMENTO:** 900,034,438 **DV:** 3

MARQUE CON X SI PERTENECE AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN [ ]

TELÉFONO: 3145242841 **CORREO ELECTRÓNICO** adirgeneral@fundacionsiam.org auxiliar2.facturacion@fundacionsiam.org

VALOR PRESENTE DESEMBOLSO	
VALOR FIJO $	2,373,000
VALOR VARIABLE $ (SI APLICA)	

FUNCIONAMIENTO [ ] **CONV. O CTO. INTERADMINISTRATIVO** [redacted] **SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS** [ ]

No. CONV. O CTO. INTERADMINISTRATIVO 222005 **No. CONTRATO** 2250041 **FUENTE DE FINANCIAMIENTO** 485

No. PROCESO CONTRACTUAL LPN 007-2024

FACTURA No. 21796 **CUENTA DE COBRO** [redacted] **DOCUMENTO EQUIVALENTE ¿CUÁL?** _____ **No.** _____

ANTICIPO: SI [ ] NO [ ] % [ ] **VALOR $** _____ **OTROS DESCUENTOS POR VALOR $** _____

RETEGARANTIA: SI [ ] NO [ ] % [ ] **VALOR $** _____ **ESPECIFIQUE:** _____

AMORTIZA: SI [ ] NO [ ] % [ ] **VALOR $** _____ **ESPECIFIQUE:** _____

2, PERIODO DE COBRO

INICIO	FIN	DESEMBOLSO Nº	VALOR BRUTO $
2026-01-01	2026-01-31	8	2,373,000

3. APROBACIONES

	APRUEBA - INTERVENTOR	AVALA - DESIGNADO ENTE TERRITORIAL	VERIFICA Y/O AUTORIZA - SUPERVISOR ENTerritorio S.A.
FIRMA:			
NIT / C.C.:			79.784.156
NOMBRE:			CARLOS ALBERTO GONZALEZ PROMICIEROS

OBSERVACIONES:

Desembolso contra entrega del informe del mes de **ENERO DE 2026 (CALI)**
(0 PAQUETES)Paquete de atención en VIH para mujer gestante migrante sin afiliación al SGSSS, que cumpla con las normas establecidas en Colombia de la prevención de la transmisión materno infantil del VIH. Incluye ARV.
(6 PAQUETES) Paquete de atención en VIH a población migrante, en condición irregular y sin afiliación al SGSSS, que hayan sido confirmados con los servicios de diagnóstico de VIH que desarrollan las Empresas Sociales del Estado con recursos del Fondo Mundial. No incluye ARV.

AUTORIZA - GERENTE CONTRATO INTERADMINISTRATIVO (aplica para contratación derivada) **o GERENTE DE GRUPO** (aplica cuando el Supervisor de ENTerritorio S.A. es el Gerente del contrato interadministrativo)

CARLOS ALBERTO GONZALEZ PROMICIEROS

ORDENADOR DEL GASTO (NO APLICA PARA CONTRATOS)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

NOTA: EL PRESENTE FORMATO NO SE ACEPTA CON TACHONES NI ENMENDADURAS

AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

ENTerritorio S.A., con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web www.enterritorio.gov.co.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, ENTerritorio S.A. sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice.

Usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso, actualización, rectificación o supresión de sus datos personales, así como la revocatoria de su autorización, cuando sea procedente, a través de una comunicación escrita, acompañada de una copia de su documento de identificación mediante el formulario de radicación de Consultas, Peticiones y Reclamos (que encontrará en nuestra página web), el Centro de Servicio al Ciudadano de la Calle 26 No. 13 – 19 en Bogotá D.C., al correo electrónico quejasyreclamos@enterritorio.gov.co; o de forma verbal, comunicándose a la línea Transparente: 57(1)01 8000 914 502, todo lo cual se efectúa en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y nuestra Política de Tratamiento de Información Personal.

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

Señor beneficiario diligencie el presente formato en sus secciones: 1. Información general y sus respectivas firmas.
ENTerritorio S.A. realiza la evaluación de la información aquí registrada y devolverá la certificación en caso de encontrar diferencias, las cuales serán comunicadas al interesado.
En ningún caso será procesado el pago sin la recepción a satisfacción de este documento por parte de ENTerritorio S.A..

1. INFORMACIÓN GENERAL

a.	**Nombre del beneficiario / razón social:** después de las palabras "...beneficiario:_", se debe consignar los nombres y apellidos o razón social de quien suscribió el convenio o contrato interadministrativo/contrato con ENTerritorio S.A.. Para persona natural escriba los nombres y apellidos completos tal como aparecen en su documento de identificación. Si se trata de una persona jurídica escriba la razón social que se encuentra en el certificado de existencia y representación legal de la entidad.
b.	**Tipo de documento de identidad:** marque NIT para número de identificación tributaria, CC para cedula de ciudadanía, CE para cedula de extranjería y TI para tarjeta de identidad.
c.	**Numero de documento:** escriba el número del documento que lo identifica o el numero del NIT que corresponde a su entidad y el DV (**Dígito de verificación**) respectivo.
d.	**Pertenece al regimen simple de tributación:** Informar dicha calificación teniendo en cuenta el artículo 66 de la Ley 1943 de 2018 "Ley de Financiamiento" **o las que lo sustituyan y/o modifiquen**
e.	**Teléfono:** escriba el número de teléfono fijo/celular especificando indicativo y número de extensión, si aplica.
f.	**Correo electrónico:** escriba la dirección de correo electrónico.
g.	**Fuente de recurso:** Marque con una X el tipo de fuente de recurso al cual pertenece el pago (funcionamiento, convenios o contratos interadministrativos, Sistema General de Regalías (SGR))
h.	**Número de convenio o contrato interadministrativo:** escriba el número del contrato interadministrativo que aparece en los considerandos de la minuta del contrato, si no suscribió contrato tómelo del acta de aceptación de su oferta.
i.	**No. Proceso contractual:** escriba el número del proceso del SECOP II, mediante el cual se surtió la contratación (Obligatorio en todos los desembolsos y para contratación de SECOP II).
j.	**Número de contrato:** escriba el número del contrato que suscribió con ENTerritorio S.A. el cual aparece en la minuta del mismo, si no suscribió contrato deje el espacio en blanco.
k.	**Valor fijo:** escriba el valor fijo que corresponde al desembolso que está tramitando. Tenga en cuenta que el campo **Concepto de pago fijo** se refiere a motivos plenamente establecidos en el contrato de acuerdo con la forma de pago pactada, estos deben ser descritos brevemente.
l.	**Valor variable:** escriba el valor varible que corresponde al desembolso que está tramitando. Tenga en cuenta que el campo **Concepto de pago Variable** se refiere a motivos ocasionales que deben estar expresamente pactados en el contrato, los cuales deben ser descritos brevemente.
m.	**Factura No.:** escriba el número de la factura, si no debe presentar este documento deje el espacio en blanco.
n.	**Cuenta de Cobro:** marque esta casilla solo si presenta esta clase de documento.
o.	**Documento equivalente:** en caso de presentar este documento indique el nombre y el número del mismo.
p.	**Anticipo**: cuando en el contrato se haya pactado la entrega de algún anticipo, se debe indicar el porcentaje y valor correspondiente.
q.	**Retegarantia:** cuando en el contrato se haya pactado la retención en garantia de algún monto se debe indicar el porcentaje y el valor respectivos.
r.	**Amortiza:** escriba el valor de la amortización de anticipos, se debe indicar el porcentaje y valor correspondiente.
s.	**Otros descuentos por valor:** escriba el valor de otros descuentos aplicables al desembolso que esta tramitando (si no se aplica este campo, deje el espacio en blanco).
t.	**Especifique:** si diligencio algún valor en el campo anterior, describa brevemente el concepto de dicho valor.

2, PERIODO DE COBRO	
a.	**Fecha de Inicio:** Fecha que inicia el cobro del mes
b.	**Fecha de Fin:** Fecha donde termina el cobre del mes
c.	**Desembolso Nº:** Es el numero de desembolso correspondiente al periodo a cobrar
d.	**Valor Bruto;** Es el valor total del mes a cobrar

3. APROBACIONES	
a.	**Aprueba Interventor (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como interventor para realizar seguimiento a la ejecución de la obligación adquirida con ENTerritorio S.A.. Para razón social esta información corresponde al representante legal. La revisión por parte del interventor del contrato de obra consiste en someter a nuevo examen las obras objeto del contrato y la ejecución del mismo desde la perspectiva técnica, financiera, administrativa y jurídica, así como los informes presentados por el contratista de obra para corregirlo, enmendarlo o repararlo, en ejercicio de las funciones asignadas contractualmente a la interventoría. Con base en lo anterior, al interventor le corresponde aprobar, esto es, calificar como suficiente y adecuada la ejecución de los avances en la obra, según la etapa en que la misma se encuentre.
b.	**Avala Designado Ente Territorial (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona designada para avalar el pago por parte del Ente Territorial. Esta revisión consiste en el exámen de los informes del contratista de obra para corregir, enmendar o reparar cualquier aspecto relacionado con la normatividad territorial aplicable. En desarrollo de esta función, el designado de la entidad territorial debe avalar, es decir manifestar su acuerdo con la ejecución del contrato, desde la perspectiva de estas normas. (APLICA PARA CONTRATOS SIN SITUACIÓN DE FONDOS).
c.	**Verifica Supervisor ENTerritorio S.A. (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como supervisor para realizar seguimiento a la ejecución de la obligación adquirida con ENTerritorio SA.. En los casos en que aplique, la verificación a cargo del Supervisor de ENTerritorio S.A. consiste en comprobar o examinar que el interventor llevó a cabo todo el segumiento técnico, jurídico, financiero y administrativo del contrato de obra, y que el mismo está documentado de acuerdo con las exigencias de ENTerritorio.
d.	**Verifica y autoriza Supervisor ENTerritorio S.A. (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como supervisor para realizar seguimiento y verificación a la ejecución de la obligación contractual con ENTerritorio S.A. y autoriza el pago.

ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO, FAVOR ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE E ICA, SOMOS DEL REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL

Actividad economica 8621

Resolución y/o Autorización de facturación No. 18764098003981 aprobado el 01-09-2025 vigente 24 Meses, prefijo FMED desde el número 10001 al 50000

FUNDACION SIAM
NIT. 900.034.438-3
CALLE 134BIS No 18 - 70
5635802
BOGOTA - COLOMBIA
direccion.administrativa@fundacionsiam.org

CLIENTE

NOMBRE ENTERRITORIO S.A.
NIT 899999316
DIR CL 26 13 19 P30
CIUDAD BOGOTÁ

FACTURA ELECTRONICA FMED 21796

Fecha Generacion : 2026-2-17-12:12:52
Fecha Factura : 17/ FEB/ 2026
Fecha de vencimiento : 19/ MAR/ 2026
Condiciones de Pago : CREDITO
Medios de Pago : TRANSFERENCIA

DETALLE	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
GARANTIZAR EL ACCESO AL PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL EN VIH A POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA INCLUIDA MUJER GESTANTE EN LA CIUDAD DE CALI DESEMBOLSO CONTRA ENTREGA DEL INFORME DEL MES DE ENERO DE 2026 (0) PAQUETE DE ATENCIÓN EN VIH PARA MUJER GESTANTE MIGRANTE Y (6) PAQUETE DE ATENCIÓN EN VIH A POBLACIÓN MIGRANTE SUPERVISOR ADMINISTRATIVO: CARLOS GONZALEZ ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION- B24X	6.00	395,500.00	2,373,000.00

SON:

TOTAL BRUTO
TOTAL

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título

d6df59f8f965797b3b67775c40e74d9618456cbddec4eacf1bd777a264195fdbd847898d10014b6073fbfdd3242b0172

OBSERVACIONES	ELABORADO POR	FIRMA Y SELLO DE ACEPTACION
	LUCIA PEREZ	

Fecha de Validacion 2026-02-17 12:18:18-05:00

ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO, FAVOR ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE E ICA, SOMOS DEL REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL

Actividad economica 8621

Resolución y/o Autorización de facturación No. 18764098003981 aprobado el 01-09-2025 vigente 24 Meses, prefijo FMED desde el número 10001 al 50000

FUNDACION SIAM
NIT. 900.034.438-3
CALLE 134BIS No 18 - 70
5635802
BOGOTA - COLOMBIA
direccion.administrativa@fundacionsiam.org

CLIENTE

NOMBRE ENTERRITORIO S.A.
NIT 899999316
DIR CL 26 13 19 P30
CIUDAD BOGOTÁ

FACTURA ELECTRONICA FMED 21796

Fecha Generacion : 2026-2-17-12:12:52
Fecha Factura : 17/ FEB/ 2026
Fecha de vencimiento : 19/ MAR/ 2026
Condiciones de Pago : CREDITO
Medios de Pago : TRANSFERENCIA

DETALLE	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
CONTRATO NUMERO 2250041 -GREMIO DE SALUD: -CODIGO ASIGNADO POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL: 760010663501 -MODALIDAD DE CONTRATACION Y DE PAGO PACTADA OBJETO DE LA FACTURA: Pago individual por caso / Conjunto integral de atenciones / Paquete / -ENTIDAD RESPONSABLE DE FINANCIAR LA COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS: Plan de beneficios en salud financiado con UPC -NÚMERO DE CONTRATO: 2250041 -FECHA INICIO DEL PERIODO DE FACTURACION: 2026-01-01 -FECHA FIN DEL PERIODO DE FACTURACION: 2026-01-31			
SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS		**TOTAL BRUTO**	**2,373,000**
		TOTAL	**2,373,000**

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título



d6df59f8f965797b3b67775c40e74d9618456cbddec4eacf1bd777a264195fdbd847898d10014b6073fbfdd3242b0172

OBSERVACIONES	ELABORADO POR	FIRMA Y SELLO DE ACEPTACION
	LUCIA PEREZ	

Fecha de Validacion 2026-02-17 12:18:18-05:00

Bogotá, D.C. 1 de Febrero de 2026

Señores
Empresa nacional promotora del desarrollo territorial – ENTERRITORIO S.A.
CONTRATO -2250041
Ciudad

Referencia: Certificación Pagos Seguridad Social Y Aportes Para Fiscales Art 50 Ley 789 De 2022

Yo. Alexander Espinel Rodriguez, Identificado con Cedula de Ciudadnia 79.874.278 de Bogota, en mi condicion de Revisor Fiscal de la Fundacion Para El Servicio Integral De Atencion Medica – FUNDACION SIAM con Nit 900.034.438-3, Certifico el pago de los aportes de seguridad social (pension, salud y riesgos laborales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje- SENA y Caja de Compensacion Familiar), cuando a ello hubiere lugar, pagados por la compañía durante los ultimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentacion de este certificado, dichos pagos corresponden a los montos contabilizados y cancelados por la compañía durante dichos sesis meses, Lo anterior, encumplimiento de los dispuesto en el articulo 50 de la ley 869 de 2002.

Nota. Para certificar el pago de los aportes correspondientes a los sistemas de seguridad social y en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales, se deberan tener en cuenta los plazos previstos en el decreto 780 de 2016, modificado parcialmente por el Decreto 1990 de 2016.



ALEXANDER ESPINEL RODRIGUEZ
REVISOR FISCAL
FUNDACION SIAM
CC. 79.874.278
TP 106753T

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

106753-T



ALEXANDER
ESPINEL RODRIGUEZ
C.C. 79874278
RESOLUCION INSCRIPCION 257 FECHA 2004/12/16
UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA

PRESIDENTE

MIGUEL TIQUE PEÑA

115667

Escaneado con CamScanner

IDEQS

FIRMA DEL TITULAR

26625

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 Educación Nacional - Junta Central de Contadores.



LOGOFORMAS COMM 2922586

Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-MAR-1977**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

14-AGO-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00858163-M-0079874278-20161025 **0051**965890A 1 9997390658

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Escaneado con CamScanner

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

AC4C04E27FF6926E

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ALEXANDER ESPINEL RODRIGUEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 79874278 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 106753-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

Santiago de Cali, 9 de febrero de 2026

Doctor
ANTONIO NOVER MENDOZA CASTILLO
Gerente IPS FUNDACIÓN PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE ATENCIÓN MÉDICA - SIAM.
Tel: 3176469291
Correo: direccion.administrativa@fundacionsiam.org
Ciudad: Santiago de Cali

Asunto: Aprobación octavo informe del mes de enero de 2026. Contrato No. 2250041

Estimado Dr. Mendoza

En calidad de supervisores certificamos que hemos recibido a satisfacción el octavo informe del mes de enero del 2026, en el marco del Contrato No. 2250041 cuyo objeto es "*GARANTIZAR EL ACCESO AL PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL EN VIH A POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA, INCLUIDA MUJER GESTANTE, QUE HAYAN SIDO CONFIRMADOS CON LOS SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO DE VIH FINANCIADOS POR RECURSOS DEL FONDO MUNDIAL A TRAVÉS DE LOS CONVENIOS DE COOPERACIÓN SUSCRITOS POR ENTERRITORIO CON EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, EN EL MARCO DEL ACUERDO DE SUBVENCIÓN No. COL-H-ENTERRITORIO 3042 (CONVENIO NO. 222005) SUSCRITO CON EL FONDO MUNDIAL, EN LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI:*

- Informe de personas migrantes atendidas en el periodo del 1 al 31 de enero de 2026
- Cargue en SISCOSSR del avance en la atención (con almacenamiento y dispensación del TAR) de los usuarios canalizados al servicio para atención integral para migrantes, efectivamente atendidos, incluyendo mujeres gestantes del periodo 1 al 31 de enero de 2026.

Indicador	Cantidad
Paquete de atención en VIH para mujer gestante migrante sin afiliación al SGSSS, que cumpla con las normas establecidas en Colombia de la prevención de la transmisión materno infantil del VIH. Incluye ARV.	**0**
Paquete de atención en VIH a población migrante, en condición irregular y sin afiliación al SGSSS, que hayan sido confirmados con los servicios de diagnóstico de VIH que desarrollan las Empresas Sociales del Estado con recursos del Fondo Mundial. No incluye ARV.	**6**

Fuente: SISCO-SSR (corte a 31 de enero de 2026)

Conforme a lo anterior, se aprueba el informe de personas migrantes atendidas para el desembolso No. 8.

Cordialmente,

MÓNICA ESPINOSA ARANA
Visto Bueno Gestora Territorial

LILLIAN ADRIANA BELTRÁN
Visto Bueno Profesional de monitoreo

Firmado digitalmente por 1b28cb97-a868-4085-b162-79198b02c3c6

DANILO DE JESUS DE ALBA DE MOYA
Visto Bueno Coordinador Técnico ENTerritorio

CARLOS ALBERTO GONZALEZ PROMICIEROS
Gerente de Convenio No. 222005 – Supervisor Técnico
Contrato 2250041

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA