Yo, MARINA ISABEL TARAPUES MACUACE
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	CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	900127853				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	52005792025	FECHA SUSCRIPCIÓN	25 (día)	julio (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 30 (día)	julio (mes)	2025 (año)	HASTA 28 (día)	diciembre (mes)	2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO: NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	16 (día)	febrero (mes)	2025 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Reserva presupuestal	PAGO No: 4	DE 5
VALOR A PAGAR	$ 666,881,006.00	EN LETRAS	SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SEIS PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 diciembre 2025 (día, mes, año)	HASTA 28 diciembre 2025 (día, mes, 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	295125	27	C-4602-1500-5-30205B-4102016-02	101		$ 666,881,006.00

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	89400006008	TIPO DE CUENTA	Ahorro

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	$	666,881,006.00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	666,881,006.00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	666,881,006.00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
MARINA ISABEL TARAPUES MACUACE	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	REGIONAL NARIÑO	CENTRO ZONAL TUMACO	

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
AURA LORENA MONTAÑO CASTRO	PROFESIONAL DE SEGUIMIENTO FINANCIERO	REGIONAL NARIÑO	CENTRO ZONAL TUMACO	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
AMPARO MILENA RIVERA MOLINA	GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA		

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO UNICAMENTE 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

CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E
NIT: 900127853-7
BRR NUEVA ESPERANZA TRES CON CALLE LA ARENA - Pasto - Colombia
TEL: 3147707277
*No responsable de IVA.
*Actividad Económica DIAN 8610.
*Facturación Electrónica.
Resolución DIAN Facturación Electrónica de venta No. 18764104811251 de 20/01/2026 hasta 20/01/2027 Rango Autorizado del FE2V2091809 al FE2V3000000

Fecha de Emisión		
2026	02	16
Fecha de Vencimiento		
2027	02	16

Factura Electrónica de Venta

FE2V2193099

DATOS DE LA FACTURACION

Entidad:	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF)	**NIT:**	899999239-2
Dirección:	Av. Carrera 68 #64C - 75 Bogotá., SANTAFE DE BOGOTA - Colombia	**Teléfono:**	
Forma pago:	Crédito	**Medio pago:**	Transferencia Débito Bancaria
Orden Compra:	2 Subsidiado	**Vendedor:**	
E-mail:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co	**Moneda:**	COP

Item	Código	Descripción Producto	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	% Desc	Valor Impuesto	Valor Total
1	1	Cuarto pago del convenio No.52005792025 para la atención del Servicio Integrado para la Atención y Prevención de la Desnutrición - SIAPD. Pago mes de diciembre.	94	1	$666,881,006.00	0.00	$0.00	$666,881,006.00

1 Item

SON: SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SEIS PESOS COLOMBIANOS

LA PRESENTE FACTURA ES UN TITULO VALOR DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ÁRTICULO 772 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y LEY 1231/ 08. .

Cuarto pago del convenio No.52005792025 para la atención del Servicio Integrado para la Atención y Prevención de la Desnutrición - SIAPD. Pago mes de diciembre. REGIMEN: 2 Subsidiado

Responsabilidad fiscal: R-99-PN

Subtotal	$666,881,006.00
IVA 0%	$0.00
Total	$666,881,006.00

Sector Salud

Operación:	SS-CUFE	**Código prestador servicios de salud:**	5249001485
Modalidad de pago:	Pago por evento.	**Cobertura o plan de beneficios:**	Plan de beneficios en salud financiado con UPC
Número de contrato:	52005792025	**Número de poliza:**	
Copago:	$0.00	**Cuota moderadora:**	$0.00
Anticipo:	$0.00	**Pagos compartidos planes voluntarios:**	$0.00
Fecha inicio período de facturación:	16/02/2026	**Fecha final período de facturación:**	16/02/2026

Firma electrónica:
DYnK5wyhIB8jJidPXdoXPBSd4Bz0F8RShmS3w4K0hidxDLAi/8lQOqKD1r9wfMCIJ84KRgvuAtpcqkTfWtjBn7JyVoCIlQNaaDOXXL4LblfOPLGCbdP1K0kBKVfPKCOJRMVKLlicNDPWjOioEAZw5ciaXBGSpPy/mhtEEHhAVOlz1goreZyBHmkpvFRxDg1NLO5wqDfnFNCtYmZLCA1OaruQiloawtFNEgD9lleB9ZTBPSkKQxTFD2M0uEQ3iBREy7L1LaicsaQMfNkziNDIdKAPugsnYzNJv+y3L7nTBY7oLA6S4inAP+gYt408WM1NKw4Tpbl/ToyHzxMFykFjCw==

CUFE: e173fb5e3c14a5ae5d532d26fbb1015a0af240469f1b478dca55837360f9cbfc70b972125e82b39a85fd579ac755b1ff

RECIBIDA ACEPTADA, FIRMA Y SELLO

Fecha y hora de generación: 2/16/2026 11:31:37 AM Fecha y hora de expedición: 2/16/2026 11:31:36 AM

Proveedor tecnológico: BIT CONSULTING S.A.S - NIT: 830005677 - Software: DOCUMENTEME - Código PT: 010

Se presentaron errores al procesar un documento de recepción

Resumir

FE

Facturacion Electronica <facturacionelec

Para Juan Sebastian AguirreTorres

Responder | Responder a todos | Reenviar

miércoles 18/02/2026 5:27 p. m.

Si hay problemas con el modo en que se muestra este mensaje, haga clic aquí para verlo en un explorador web.

Hacienda SIIF Nación

Bogotá D. C., 2026-02-18

CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E, Reciba un cordial saludo:

El Sistema Integrado de Información Financiera – SIIF Nación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público informa que se generaron los siguientes errores al validar el documento **FE2V2193099**, remitido con el asunto: **Documento Electrónico ya existe en SIIF Nación**

Razón de la devolución

Documento Electrónico ya existe en SIIF Nación

Nota: La información transmitida a través de este correo electrónico es confidencial y está dirigida únicamente a su destinatario. Su reproducción, lectura o uso está prohibido.

< Volver

Factura electrónica

DIAN

CUFE:
e173fb5e3c14a5ae5d532d26fbb1015a0af240469f1b478dca55837360f9cbfc70b972125e82b39a85fd579ac755b1ff

Factura electrónica
Serie: FE2V
Folio: 2193099
Fecha de emisión de la factura Electrónica: 16-02-2026

Descargar PDF

DATOS DEL EMISOR
NIT: 900127853
Nombre: CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E

DATOS DEL RECEPTOR
NIT: 899999239
Nombre: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF)

TOTALES E IMPUESTOS
IVA: $0
Total: $666,881,006

ESTADO EN EL REGISTRO DE FACTURAS ELECTRÓNICAS

Factura Electrónica

Legítimo Tenedor actual: CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E

Validaciones del documento

Nombre	Resultado
Valida NIT	Notificación
Valida NIT	Notificación

Eventos de la factura electrónica

No tiene eventos asociados.

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL LUISA FERNANDA MADRID LONDOÑO identificado con C.C. No. 1.144.390.491 de Cali Valle actuando en calidad de GERENTE del CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E. con Nit 900.127.853-7.

CERTIFICO QUE:

En calidad de Contadora Pública del **Centro de Salud Camilo Hurtado Cifuentes,** NIT 900.127.853-7, se ha realizado los aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social Integral a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, durante el período comprendido entre el 2026-01-01 y el 2026-01-31, según consta en los registros y soportes contables verificados por mí.

Los aportes fueron realizados con el número de planilla **5913247 Tipo E,** por valor **$32.187.200** y a través del operador de información Compensar.

Estos pagos fueron efectuados oportunamente de conformidad con las normas legales vigentes, y se encuentran debidamente registrados en los libros contables del aportante.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado, para los fines que estime convenientes.

Se firma en la ciudad de Pasto, a los 16 días del mes de febrero de 2026.

Atentamente:

LUISA FERNANDA MADRID LONDOÑO
Representante legal E.S.E
C.C. 1.114.390.491

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL LUISA FERNANDA MADRID LONDOÑO identificado con C.C. No. 1.144.390.491 de Cali Valle actuando en calidad de GERENTE del CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E. con Nit 900.127.853-7.

CERTIFICA:

Que, revisados los registros contables y financieros de la entidad, a la fecha 30 de enero de 2026, los pagos correspondientes a los proveedores del convenio número **5200579-2025 ICBF** se encuentran al día, y no se presentan obligaciones vencidas por concepto de bienes y/o servicios adquiridos.

La presente certificación se expide a solicitud de la parte interesada para los fines que considere pertinentes.

Se firma en el municipio de Olaya Herrera, a los 16 días del mes de febrero de 2026.

Atentamente

LUISA FERNANDA MADRID LONDOÑO
Representante legal E.S.E
C.C. 1.114.390.491

Empresa: CENTRO DE SALUD **Nit:** 900127853
Usuario: LEIDY YOLIMA BENAVIDES LOPEZ

28 de Enero de 2026 11:23:17 AM
Dirección IP: 191.106.192.9

Su última entrada a la Sucursal Virtual Empresas fue el: martes, 27 de enero de 2026 - 1:45 PM

Consulta del Detalle de la Transacción

Encabezado | **Detalle** | Verificación | Confirmación

Bancolombia NIT 890903938-8
CENTRO DE SALUD
NIT: 900127853
FECHA: 28/01/2026

Entidad	
Producto Beneficiario	7479983277
Identificación Beneficiario	899999239
Nombre del Beneficiario	BIENESTAR FAMILIAR
Tipo de Producto	
Tipo de Transacción	27
Valor	12,042.00
Concepto de la Transacción	750FAMI
Referencia	750FAMI 750FAMI
Lugar de Pago	S
Estado del Pago:	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA

Regresar

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141144595623

(415)7707212489984(8020) 000014114459562 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 2 7 8 5 3	7	Impuestos y Aduanas de Pasto 1 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES E.S.E

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Nariño 5 2	Olaya Herrera 4 9 0

41. Dirección principal
BRR NUEVA ESPERANZA TRES CON CALLE LA ARENA

42. Correo electrónico olayaherreraese@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 7 3 0 4 2 9 3	3 1 6 5 0 5 6 0 4 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	2 0 0 7 0 1 0 2							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 6	7	8	1 4	1 6	4 2	5 2																			

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MADRID LONDOÑO LUISA FERNANDA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141144595623

(415)7707212489984(8020) **000014114459562 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 1 2 7 8 5 3	7	Impuestos y Aduanas de Pasto	1 4	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	3	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	1 3	70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 3	
72. Número	2 5 3	
73. Fecha	2 0 0 7 0 1 0 2	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 1	
76. Fecha de registro	2 0 0 7 0 1 0 2	
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	5 2	
79. Ciudad/Municipio	4 9 0	

Vigencia

80. Desde	2 0 0 7 0 1 0 2	
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 3	2 0 1 6 0 6 2 4		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 3 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141144595623

(415)7707212489984(8020) **000014114459562 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 2 7 8 5 3	7	Impuestos y Aduanas de Pasto 1 4	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 0 4 0 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 1 1 4 3 9 0 4 9 1		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MADRID	LONDOÑO	LUISA	FERNANDA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Outlook

AUTORIZACION PAGO CUARTO DESEMBOLSO CONVENIO 52005792025 MODALIDAD SIAPD ESE CAMILO HURTADO CIFUENTES OLAYA HERRERA

Desde Marina Isabel Tarapues Macuace <Marina.Tarapuez@icbf.gov.co>
Fecha Jue 19/02/2026 11:52
Para Monica Jakeline Calpa Martinez <Monica.Calpa@icbf.gov.co>
CC Amparo Milena Rivera Molina <Amparo.Rivera@icbf.gov.co>; Laura Sofia Cabrera Arevalo <LauraS.Cabrera@icbf.gov.co>; Aura Lorena Montaño Castro <Aura.Montano@icbf.gov.co>

Buenas Tardes

Doctora
MONICA JACKELINE CALPA
Coordinadora Grupo Financiero ICBF
Regional Nariño

ASUNTO: AUTORIZACION PAGO CUARTO DESEMBOLO CONVENIO No5200579025 - MODALIDAD SIAPD

Cordial Saludo:

Por medio del presente, como supervisora contractual AUTORIZO PAGO CUARTO DESEMBOLSO CONVENIO **No52005792025** Modalidad SIAPD, suscrito con la ESE CAMILO HURTADO CIFUENTES DEL MUNICIPIO DE OALYA HERRERA, por valor de **SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SEIS PESOS ($666.881.006).**

Cordialmente,

Marina Isabel Tarapues Macuace
Profesional Especializado
Protección Promoción y prevención
ICBF Centro Zonal Tumaco - Regional Nariño
Calle Márquez frente al Parque Colón
Teléfono: 602 7374561 Ext. 230403
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