Yo, **ARIADNA VICTORIA CAICEDO VALVERDE**

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	HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	892300445				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	20005542025	FECHA SUSCRIPCIÓN	7 (día)	noviembre (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 29 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) mayo (mes) 2026 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	13 (día) abril (mes) 2026 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	3 DE 6
VALOR A PAGAR	$ 219.130.127,00	EN LETRAS	DOSCIENTOS DIECINUEVE MILLONES CIENTO TREINTA MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) febrero (mes) 2026 (año)	HASTA	28 (día) febrero (mes) 2026 (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	5126	27	C-4602-1500-5-30205BZ-4102016-02	101	02-02-02-009-003-03	$ 219.130.127,00

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 DE BOGOTA	NÚMERO DE CUENTA	116621780	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

El valor certificado corresponde al TERCER desembolso del aporte ICBF del convenio No. 20005542025, el valor corresponde al valor legalizado por la ESE para el periodo 1 al 28 de febrero de 2026 de los elementos de costos aprobados por la supervisión del convenio; en este sentido, existe diferencia con la cuenta de cobro presentada por la ESE toda vez que incluye un valor que no será reconocido para desembolso con el recurso aporte del ICBF, debido a que no fue autorizado por la supervisión.

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	$ 219.130.127,00	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 219.130.127,00	B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 219.130.127,00	

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDS	ÁREA O C.Z.	FIRMA
ARIADNA VICTORIA CAICEDO VALVERDE	COORDINADORA CENTRO ZONAL AGUACHICA	CESAR	CENTRO ZONAL AGUACHICA	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
JENY SIRLEY SAAVEDRA RODRIGUEZ	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CESAR	CENTRO ZONAL AGUACHICA	
LINA MARIA ROJAS RANGEL	TECNICO ADMINISTRATIVO	CESAR	CENTRO ZONAL AGUACHICA	

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
DIANA CAROLINA MOGOTOCORO BENJUMEA	APOYO FINANCIERO NUTRICIÓN	CESAR	GRUPO PREVENCIÓN	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
DIANA CAROLINA MOGOTOCORO BENJUMEA	GRUPO PREVENCIÓN		13/04/2026

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

Documento de cobro número 032026

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
NIT 899.999.239-2

DEBE A:

HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 892.300.445-8

LA SUMA DE: DOSCIENTOS VEINTICUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($224.675.248)

POR CONCEPTO DE: TERCER DESEMBOLSO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NÚMERO 20005542025, DE FECHA 28 DE DICIEMBRE DE 2025, QUE TIENE POR OBJETO 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, SUSCRITO ENTRE LAS PARTES.

PERIODO: FEBRERO 01 AL 28 DE 2026, conforme los conceptos que se detallan en el formato Estructura de costos SIAPD - Entorno extramural Cesar - ESE Hospital Regional Jose David Padilla Villafañe - Seguimiento por causación, columna Ejecutado M2, anexo.

Se expide en el Municipio de Aguachica Departamento del Cesar, a los once (11) días del mes de Marzo de 2026.

MARÍA TERESA HERNÁNDEZ PRADA
Gerente ESE Hospital Regional Jose David Padilla Villafañe
C.C. No. 63.317.875 de Bucaramanga

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 6509970 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

JAIRO HUMBERTO NARVAEZ VALET, TP 120382-T REVISOR FISCAL DEL HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario, el **HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** identificado con el NIT número 892.300.445-8, ha pagado oportunamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales (Caja de Compensación Familiar, SENA e ICBF); y se encuentra a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Adicionalmente, dentro del personal vinculado para la ejecución del Servicio integrado de atención y prevención de la desnutrición, en el marco del Convenio interadministrativo suscrito con el ICBF, se ha dado cumplimiento a los pagos al Sistema de seguridad social en salud, pensión y ARL correspondiente al mes de febrero de 2026.

Esta certificación se expide a los doce (12) días del mes de marzo de 2026.

Atentamente,

JAIRO HUMBERTO NARVAEZ VALET
CC 18.922.035
TP N°. 120382-T
Revisor Fiscal

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 6500570 – Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 18.922.035

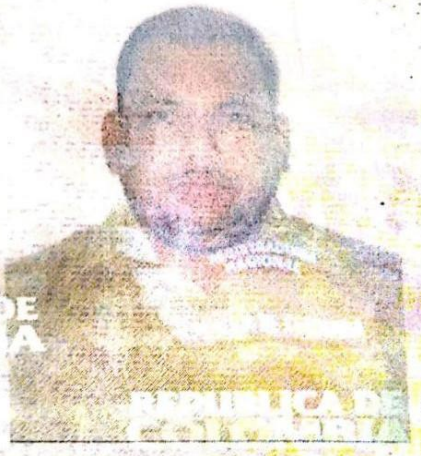
NARVAEZ VALET

APELLIDOS

JAIRO HUMBERTO

NOMBRES

FIRMA



Scanned with CamScanner

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-OCT-1968

TAMALAMEQUE
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

14-DIC-1987 AGUACHICA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1207500-00129964-M-0018922035-20081119 0006445367A 1 8070002546

Scanned with CamScanner

IDEQS

40631

FIRMA DEL TITULAR

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 CONM. 2922566

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

12038Z-T

JAIRO HUMBERTO
NARVAEZ VALET
C.C. 18922035
RESOLUCION INSCRIPCION 193 FECHA 2006/07/27
UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

PRESIDENTE

LUZ MYRIAM DÍAZ MUÑOZ 130206

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141038712728

(415)7707212489984(8020) 000014103871272 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 2 3 0 0 4 4 5	8	Impuestos y Aduanas de Valledupar 2 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
HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Aguachica 0 1 1

41. Dirección principal
CL 5 30 A 56 AV KENNEDY

42. Correo electrónico gerencia@hospitalregionaldeaguachica.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
2 0 5 0 1 0	6 0 5 5 6 5 4 8 5 4	3 1 7 6 4 6 9 7 2 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
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	1 9 9 5 0 5 2 7					

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	9	1	4	4	2	5	2	5	5															

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

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 HERNANDEZ PRADA MARIA TERESA

985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141038712728

(415)7707212489984(8020) **000014103871272 8**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 2 3 0 0 4 4 5	8	Impuestos y Aduanas de Valledupar	2 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	2 3
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Vigencia

80. Desde	1 9 9 4 1 2 1 0
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	1 0 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 4 0 9 0 8		-
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

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141038712728

(415)7707212489984(8020) **000014103871272 8**

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 0 5 0 6		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	6 3 3 1 7 8 7 5		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
HERNANDEZ	PRADA	MARIA	TERESA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 0 0 8 2 8		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 6 4 8 3 6 8 3 0		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
RINCON	NAVARRO	LUIS	CARLOS
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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141038712728

(415)7707212489984(8020) **000014103871272 8**

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 8 9 2 2 0 3 5		1 3 0 3 8 2

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
NARVAEZ	VALET	JAIRO	HUMBERTO

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 2 1 0 1 2

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	4 9 6 6 2 6 6 7		1 0 5 7 5 0 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
QUIROZ	RAMIREZ	MARGI	LILIANA

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 1 6 0 1 0 4

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOSTRAR DETALLES

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Con…
9 Incumplimientos

Volver | Imprimir | Modifica

Modificación del Contrato

Ref. de Modificación	Tipo de modificación	Fecha de modificación	Fecha de Aprobación	Estado	Versión	Versión previa
CO1.CTRMOD.22021370	Modificar el contrato	24/02/2026 11:45 AM *(UTC -5 horas)*	25/02/2026 3:40 PM *(UTC -5 horas)*	Published	2	Ver

Volver | Imprimir | Modifica

MEMORANDO

Radicado No: 202641004000002643

Para: **YOLENA CAROLINA VILLERO AROCA**
Coordinadora Grupo Jurídico

Asunto: **Solicitud modificación convenios No. 20005542025 del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición.**

Fecha: 20 de febrero de 2026

De manera atenta se remiten documentos relacionados a continuación para modificación de los convenios interadministrativos No. 20005542025 suscrito con el Hospital Regional José David Villafañe:

1. Justificación de modificación.
2. Registro presupuestal del compromiso a liberar.
3. Solicitud de modificación de la ESE.
4. Correo Dirección de Nutrición.

Sin otro particular,

ARIADNA CAICEDO VALVERDE
Coordinadora CZ Aguachica

Proyectó: Diana Mogotocoro – Contratista Grupo Prevención

JUSTIFICACION PARA MODIFICACION DE CONVENIO

INFORMACION GENERAL	
TIPO DE CONTRATO	Convenio
NUMERO	20005542025
OBJETO	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.
CONTRATISTA	Hospital Regional José David Padilla Villafañe Nit. 892300445-8
SUPERVISOR	Ariadna Caicedo Valverde Coordinadora CZ Aguachica
VALOR INICIAL	Mil veintiocho millones cincuenta y nueve mil novecientos setenta pesos M/CTE ($1.028.059.970,00)
PLAZO INICIAL	El Plazo de ejecución del convenio será desde el 29 de diciembre de 2025 y hasta el 31 de mayo de 2026. A partir de la suscripción del convenio, las partes deberán realizar las actividades necesarias para el cumplimiento de los requisitos de ejecución y adelantar las acciones preparatorias que se requieran para iniciar la ejecución de actividades en la fecha fijada.
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	6/11/2025
FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN O DE ACTA DE	29/12/2025
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	31/05/2025
CDP	2025: 75525 2026: 5126
RP	2025: 295625 2026: 5126
MODIFICACIONES REALIZADAS (en caso que aplique)	
ADICIONES	No aplica
PRORROGAS	No aplica
SUSPENSIÓNES	No aplica
VALOR TOTAL	No aplica
PLAZO FINAL	No aplica
OTRAS MODIFICACIONES	No aplica

PUBLICA

INFORMACION DE LA SOLICITUD	
TIPO DE MODIFICACIÓN	Liberación de Recursos y Otrosí Modificatorio
ADICIÓN	No Aplica
CDP	No Aplica
FORMA DE PAGO	No Aplica
REDUCCIÓN	No Aplica
LIBERACIÓN	**Valor a liberar del convenio: SEIS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL SIETE PESOS M/CTE ($ 6.270.007,00)** correspondientes al valor de apalancamiento de la vigencia 2025, amparada en el RP No. 295625. **Valor final del convenio:** **CLÁUSULA TERCERA - VALOR:** El valor total del convenio interadministrativo será hasta por la suma de **MIL VEINTIÚN MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE ($ 1.021.789.963,00)** discriminados de la siguiente forma: **a)** Aporte en dinero del ICBF**: NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE ($ 989.289.963,00) representados** en los conceptos de gasto que se presentan en el anexo "*Estructura de costos Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición*" para la vigencia 2026, el cual hace parte integral de este convenio. El valor total de los aportes del ICBF incluye el valor de los costos directos e indirectos. b) Aporte del ALIADO: La suma de **TREINTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($32.500.000,00)** representados en los siguientes conceptos: 1. Talento humano adicional y 2. Bienes y servicios.
PRÓRROGA	No Aplica
SUSPENSIÓN	No Aplica
TERMINACIÓN ANTICIPADA	No Aplica
OTRA MODIFICACIÓN	Modificar la cláusula cuarta del convenio de la siguiente manera: **CLÁUSULA CUARTA - DESEMBOLSO DE LOS APORTES DEL ICBF:** El ICBF desembolsará su aporte al convenio en dinero de la siguiente manera:

PÚBLICA

	El valor correspondiente al **PRIMER DESEMBOLSO**, por el valor del recurso de la vigencia 2025, se cancelará previa entrega de los siguientes productos: plan de inducción del talento humano, presentación de hojas de vida del talento humano propio del servicio, informe de caracterización e identificación de potenciales usuarios con base en revisión de fuentes secundarias. El desembolso se realizará contra la presentación de los productos descritos en el presente numeral a satisfacción del supervisor del ICBF; y su legalización afectará el rubro de gastos operacionales conforme a la estructura de costos que hace parte integral del presente convenio y la certificación de cumplimiento por parte del supervisor del ICBF. En el año 2026, un **SEGUNDO DESEMBOLSO** correspondiente al periodo de ejecución comprendido entre el 1 al 31 de enero de 2026 el cual se cancelará mes vencido, conforme a los conceptos de gasto contenidos en la estructura de costos la cual hace parte integral del presente convenio, Para tal efecto, el ALIADO deberá presentar; a) Soporte de focalización de beneficiarios; b) relación de beneficiarios atendidos y registrados en el sistema de información definido por el ICBF; c) Ficha de ingreso de beneficiarios; d) Soporte entrega de la complementación alimentaria: Ración Familiar para Preparar, Alimentos de Alto Valor Nutricional; e) Soportes de las remisiones efectuadas en el mes a las modalidades de atención del ICBF; f) Certificado del pago de su seguridad social en salud, pensiones, parafiscales y ARL del talento humano vinculado al convenio, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; g) Informe que dé cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas en el mes por el talento humano desagregado por perfil; h) Soportes que evidencien la inversión de los recursos de la contrapartida; i) Formatos que dan cuenta de la prestación del servicio que brindó El ALIADO de acuerdo con lo establecido en la guía operativa del servicio; j) Planilla de pago de retención en la fuente, correspondiente al formato establecido por la DIAN para este efecto. Debe venir firmado por el representante legal de EL ALIADO y con constancia de pago en la Entidad Bancaria, y la certificación del supervisor del ICBF. El **TERCER DESEMBOLSO** correspondiente al periodo comprendido entre el 1 al 28 de febrero de 2026, se cancelará mes vencido, conforme a los conceptos de gasto contenidos en la estructura de costos la cual hace parte integral del presente convenio. Para tal efecto, el ALIADO deberá presentar: a) Soporte de focalización de beneficiarios; b) relación de beneficiarios atendidos y registrados en el sistema de información definido por el ICBF; c) Ficha de ingreso de beneficiarios; d) Soporte entrega de la complementación alimentaria: Ración Familiar para Preparar, Alimentos de Alto Valor Nutricional; e) Soportes de las remisiones efectuadas en el mes a las modalidades de atención del ICBF; f).certificado del pago de los honorarios o salario al talento humano contratado por El ALIADO para el servicio, del pago de su seguridad social en salud, pensiones, parafiscales y ARL, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; g) Informe que dé cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas en el mes por el talento humano desagregado por perfil; h) Certificación del pago al equipo del servicio, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; i) Soportes que evidencien la inversión de los recursos de la contrapartida; j) Formatos que dan cuenta de la prestación del servicio que brindó El ALIADO de acuerdo con lo establecido en la guía operativa del servicio; k) Planilla de pago de retención en la fuente, correspondiente al formato establecido por la

PÚBLICO

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	DIAN para este efecto. Debe venir firmado por el representante legal de EL ALIADO y con constancia de pago en la Entidad Bancaria, y la certificación del supervisor del ICBF. El **CUARTO DESEMBOLSO** correspondiente al periodo comprendido entre el 1 al 31 de marzo de 2026, se cancelará mes vencido, conforme a los conceptos de gasto contenidos en la estructura de costos la cual hace parte integral del presente convenio. Para tal efecto, el ALIADO deberá presentar: a) Soporte de focalización de beneficiarios; b) relación de beneficiarios atendidos y registrados en el sistema de información definido por el ICBF; c) Ficha de ingreso de beneficiarios; d) Soporte entrega de la complementación alimentaria: Ración Familiar para Preparar, Alimentos de Alto Valor Nutricional; e) Soportes de las remisiones efectuadas en el mes a las modalidades de atención del ICBF; f) Certificado del pago de su seguridad social en salud, pensiones, parafiscales y ARL del talento humano vinculado al convenio, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; g) Informe que dé cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas en el mes por el talento humano desagregado por perfil; h) Soportes que evidencien la inversión de los recursos de la contrapartida; i) Formatos que dan cuenta de la prestación del servicio que brindó El ALIADO de acuerdo con lo establecido en la guía operativa del servicio; j) Planilla de pago de retención en la fuente, correspondiente al formato establecido por la DIAN para este efecto. Debe venir firmado por el representante legal de EL ALIADO y con constancia de pago en la Entidad Bancaria, y la certificación del supervisor del ICBF. El **QUINTO DESEMBOLSO** correspondiente al periodo comprendido entre el 1 al 30 de abril de 2026, se cancelará mes vencido, conforme a los conceptos de gasto contenidos en la estructura de costos la cual hace parte integral del presente convenio. Para tal efecto, el ALIADO deberá presentar: a) Soporte de focalización de beneficiarios; b) relación de beneficiarios atendidos y registrados en el sistema de información definido por el ICBF; c) Ficha de ingreso de beneficiarios; d) Soporte entrega de la complementación alimentaria: Ración Familiar para Preparar, Alimentos de Alto Valor Nutricional; e) Soportes de las remisiones efectuadas en el mes a las modalidades de atención del ICBF; f) Certificado del pago de su seguridad social en salud, pensiones, parafiscales y ARL del talento humano vinculado al convenio, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; g) Informe que dé cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas en el mes por el talento humano desagregado por perfil; h) Soportes que evidencien la inversión de los recursos de la contrapartida; i) Formatos que dan cuenta de la prestación del servicio que brindó El ALIADO de acuerdo con lo establecido en la guía operativa del servicio; j) Planilla de pago de retención en la fuente, correspondiente al formato establecido por la DIAN para este efecto. Debe venir firmado por el representante legal de El ALIADO y con constancia de pago en la Entidad Bancaria, y la certificación del supervisor del ICBF. El **SEXTO DESEMBOLSO** correspondiente al periodo comprendido entre el 1 al 31 de mayo de 2026, se cancelará mes vencido, conforme a los conceptos de gasto contenidos en la estructura de costos la cual hace parte integral del presente convenio. Para tal efecto, el ALIADO deberá presentar: a) Soporte de focalización de beneficiarios; b) relación de

PÚBLICA

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	beneficiarios atendidos y registrados en el sistema de información definido por el ICBF; c) Ficha de ingreso de beneficiarios; d) Soporte entrega de la complementación alimentaria: Ración Familiar para Preparar, Alimentos de Alto Valor Nutricional; e) Soportes de las remisiones efectuadas en el mes a las modalidades de atención del ICBF; f) Certificado del pago de su seguridad social en salud, pensiones, parafiscales y ARL del talento humano vinculado al convenio, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; g) Informe que dé cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas en el mes por el talento humano desagregado por perfil; h) Soportes que evidencien la inversión de los recursos de la contrapartida; i) Formatos que dan cuenta de la prestación del servicio que brindó El ALIADO de acuerdo con lo establecido en la guía operativa del servicio; j) Planilla de pago de retención en la fuente, correspondiente al formato establecido por la DIAN para este efecto. Debe venir firmado por el representante legal del ALIADO y con constancia de pago en la Entidad Bancaria, y la certificación del supervisor del ICBF. Adicionalmente, el ALIADO deberá presentar certificación de entrega de los elementos de dotación adquirida con recursos del ICBF al supervisor del convenio; certificación e informe de cumplimiento de ejecución del 100% de la contrapartida; informe final de actividades que dé cuenta de la ejecución de cada una de las etapas del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición conforme a los lineamientos brindados por parte del supervisor del convenio. **PARÁGRAFO PRIMERO.** Cada uno de los informes técnicos deberá incluir las acciones realizadas por parte de los equipos interdisciplinarios para la implementación de cada una de las etapas de atención, así como la relación de las niñas y niños menores de cinco años atendidos en cada etapa, indicando la información asociada con su estado nutricional de ingreso y egreso en cada una de las etapas. **PARÁGRAFO SEGUNDO.** Lo correspondiente al valor de la reposición de dotación (o dotación inicial) se desembolsará en el mes de ejecución en que sean adquiridos los elementos, según corresponda, de acuerdo con los gastos en que se incurran bajo este concepto (mes vencido) y acorde con la presentación de los respectivos soportes técnicos y contables por parte del ALIADO. Lo anterior deberá certificarse mediante la presentación de un documento que contenga la relación y descripción de cada uno de los elementos de dotación a los que hace referencia el presente PARÁGRAFO. **PARÁGRAFO TERCERO.** Para cada desembolso EL ALIADO debe presentar el listado completo de los usuarios que hayan sido atendidos hasta la fecha de corte, garantizando la coherencia entre la información reportada mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras y el sistema de información CUÉNTAME. El certificado de coberturas que refleje el número de usuarios que hayan sido atendidos hasta la fecha de corte, debe guardar unicidad entre la información reportada mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras (Atenciones e inversión) y el sistema de información CUÉNTAME. Los pagos estarán sujetos al cumplimiento del reporte del 100% de la información en el Sistema de Información establecido por el ICBF del mes inmediatamente anterior a la presentación de la cuenta. **PARÁGRAFO CUARTO.** La ejecución de cada uno de los conceptos de gasto deberá ser debidamente soportada con el documento correspondiente (facturas o documentos equivalentes). Para el caso de los costos fijos estipulados en la estructura de costos, se

PÚBLICA

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	reconocerá el pago para cada concepto de gasto proporcionalmente al tiempo de ejecución, de acuerdo con la fecha de inicio de cada uno, y conforme a los documentos que lo soporten. **PARÁGRAFO QUINTO.** El informe de ejecución financiera para cada desembolso debe reflejar coherencia entre la información de valores obligados registrados mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras. **PARÁGRAFO SEXTO.** La radicación de la factura, cuenta de cobro o documento equivalente, debe ser presentada por EL ALIADO dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la finalización del mes, y debe estar acompañada de los entregables y soportes definidos para el desembolso respectivo. **PARÁGRAFO SÉPTIMO.** Si la(s) factura(s) no ha(n) sido correctamente elaborada(s), o no se presentan con los documentos requeridos para el pago, el término para desembolso solo empezará a contarse desde la fecha en que se presenten debidamente corregidas, o desde que se haya aportado y aprobado el último de los documentos solicitados. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad de EL ALIADO y no tendrá por ello, derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. **PARÁGRAFO OCTAVO.** Los gastos que demande la legalización del convenio, tales como constitución de garantías, derechos, impuestos, tasas y contribuciones que se causen por razón del perfeccionamiento del convenio, durante su ejecución y hasta la liquidación del mismo serán a cargo de EL ALIADO. Así mismo, cualquier tasa, contribución o impuesto de carácter nacional, distrital, municipal y en general cualquier carga impositiva que se genere de la contratación derivada que EL ALIADO realice con terceros para la ejecución del convenio, estará a cargo de EL ALIADO. **PARÁGRAFO NOVENO.** Todos los pagos se realizarán conforme al PAC del ICBF. **PARÁGRAFO DÉCIMO.** Para cada pago, EL ALIADO deberá presentar la certificación del revisor fiscal o representante legal, según corresponda, sobre el cumplimiento en el pago de los aportes parafiscales y de seguridad social de sus empleados de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. **PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMERO.** Para la certificación del tercer desembolso y en adelante por parte de la supervisión del convenio, EL ALIADO deberá presentar los soportes de los pagos realizados al talento humano y proveedores del desembolso anterior realizado (mes inmediatamente anterior) dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a que se haga efectivo el desembolso por parte del ICBF, esto garantiza la legalización completa de los desembolsos con los soportes que den fe de la ejecución del recurso.

JUSTIFICACIÓN DE MODIFICACÍON
• Liberación: Para la atención del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición se suscribieron convenios de vigencia futura, los cuales en la **CLÁUSULA CUARTA – DESEMBOLSOS DE LOS APORTES DEL ICBF** establecen lo siguiente para el primer desembolso: "*El valor correspondiente al **PRIMER DESEMBOLSO**, por el valor del recurso de la vigencia 2025, se cancelará previa entrega de los siguientes productos: plan de inducción del talento humano, presentación de hojas de vida del talento humano propio del servicio, informe de caracterización e identificación de*

PÚBLICA

potenciales usuarios con base en revisión de fuentes secundarias. El desembolso se realizará contra la presentación de los productos descritos en el presente numeral a satisfacción del supervisor del ICBF; y su legalización afectará el rubro de gastos operacionales conforme a la estructura de costos que hace parte integral del presente convenio y la certificación de cumplimiento por parte del supervisor del ICBF"; que señala que la legalización de este primer desembolso (apalancamiento de la vigencia futura) afectará el rubro de gastos operacionales; sin embargo, las estructuras de costos enviadas por la Dirección de Nutrición (las cuales hacen parte integral del convenio) establecen que la mayoría de estos recursos corresponden al concepto de talento humano e insumos administrativos.

En este sentido, el pago del desembolso está sujeto a dos condiciones: la entrega de los tres productos mencionados para la certificación y el soporte de la legalización de este siguiendo lo establecido en la estructura de costos para el apalancamiento que corresponde a gastos operacionales de talento humano. Teniendo en cuenta que la empresa social del Estado (ESE) contratada no realizó la entrega de los productos y no materializó la legalización del gasto operacional de talento humano durante el período del 29 al 31 de diciembre de 2025 no cuenta con los soportes para la certificación del desembolso por parte de la supervisión del convenio, por lo que es necesario liberar el recurso correspondiente al primer desembolso (apalancamiento) ya que corresponde a la vigencia 2025 y no logró ser ejecutado durante el período establecido.

En consecuencia, se requiere liberar el registro presupuestal del compromiso No. 295525 y reserva presupuestal constituida en la vigencia 2025 por valor **SEIS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL SIETE PESOS M/CTE ($ 6.270.007,00)**, resultando en un valor final de convenio de **MIL VEINTIÚN MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE ($ 1.021.789.963,00)** discriminados de la siguiente forma: a) Aporte en dinero del ICBF**: NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE ($ 989.289.963,00) representados** en los conceptos de gasto que se presentan en el anexo "*Estructura de costos Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición*" para la vigencia 2026, el cual hace parte integral de este convenio; b) Aporte del ALIADO: La suma de **TREINTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($32.500.000,00)** representados en los siguientes conceptos: 1. Talento humano adicional y 2. Bienes y servicios.

- Modificación Clausulado:

Por otra parte, la ESE presentó solicitud de modificación de la **CLÁUSULA CUARTA – DESEMBOLSOS DE LOS APORTES DEL ICBF** con el fin de ajustar los soportes a presentar para los desembolsos SEGUNDO, TERCERO, CUARTO, QUINTO y SEXTO correspondientes a los literales: *"f).certificado del pago de los honorarios o salario al talento humano contratado por El ALIADO para el servicio, del pago de su seguridad social en salud, pensiones, parafiscales y ARL, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; y, h) Certificación del pago al equipo del servicio, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal"* argumentando que no cuentan con los recursos para garantizar el pago de honorarios o salarios al talento humano, ya que el presupuesto asignado de la ESE establece su uso en acciones específicas de las empresas sociales del estado.

En atención a la solicitud presentada por la ESE se realizó análisis teniendo en cuenta lo siguientes factores:

1. Durante la ejecución de los convenios de la vigencia anterior, las ESE contaron con un recurso base inicial del 15% del presupuesto del aporte del ICBF lo que permitió realizar los pagos a talento humano y proveedores hasta que este fuera legalizado en su totalidad; sin embargo, al terminar este porcentaje las ESE no contaban

PÚBLICA

con los recursos para realizar el pago oportuno al talento humano y proveedores lo que causo que se dieran demoras en los pagos que afectan la atención de la población objetivo del convenio.

2. Para el actual convenio, los desembolsos desde el inicio corresponden a mensualidades vencidas que establecen unos soportes específicos para la certificación y desembolso por parte del ICBF.
3. Tratándose de un convenio interadministrativo entre entidades públicas, y en aplicación de los principios de coordinación y colaboración armónica consagrados en la Constitución Política, la imposibilidad objetiva y debidamente sustentada manifestada por una de las partes debe ser valorada para efectos de adoptar los ajustes que aseguren la adecuada ejecución del convenio.

Teniendo en cuenta lo anterior, con el fin de garantizar la continuidad de la prestación del servicio y que no se den interrupciones en la atención debido a la falta de pago al talento humano y proveedores se realizará modificación en la **CLÁUSULA CUARTA – DESEMBOLSOS DE LOS APORTES DEL ICBF** modificando el soporte solicitado en el literal f de la siguiente manera: *Certificado del pago de su seguridad social en salud, pensiones, parafiscales y ARL del talento humano vinculado al convenio, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal;* y se eliminará el literal h. También se agregará un parágrafo adicional a la cláusula: ***PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMERO.*** *Para la certificación del tercer desembolso y en adelante por parte de la supervisión del convenio, EL ALIADO deberá presentar los soportes de los pagos realizados al talento humano y proveedores correspondientes al mes inmediatamente anterior, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a que se haga efectivo el desembolso por parte del ICBF.*

Con la inclusión del parágrafo, se pretende garantizar la legalización completa de los desembolsos con los soportes que den cuenta de la ejecución del recurso, el pago al talento humano y proveedores, así como la entrega oportuna de las certificaciones de los pagos realizados por las ESE.

PÚBLICA

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (PREVIO A LA MODIFICACIÓN)

	Balance Financiero de la Contratación	
	VALOR INICIAL CONTRATO CONVENIO:	**$ 1.028.059.970**
	VALOR APORTE ICBF:	$ 995.559.970
	VALOR APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 32.500.000
	VALOR TOTAL ADICIONES	**$ 0**
	VALOR ADICIÓN APORTE ICBF:	$ 0
	VALOR ADICIÓN APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0
	VALOR TOTAL REDUCCIONES	**$ 0**
	VALOR REDUCCIÓN APORTE ICBF:	$ 0
	VALOR REDUCCIÓN APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0
	VALOR TOTAL CONTRATO O CONVENIO	**$ 1.028.059.970**
1	VALOR TOTAL APORTE ICBF	$ 995.559.970
	VALOR TOTAL APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 32.500.000
	VALOR TOTAL EJECUTADO:	**$ 0**
2	VALOR EJECUTADO APORTE ICBF:	$ 0
	VALOR EJECUTADO APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0
3	PAGOS EFECTUADOS AL CONTRATISTA:	$ 0
4=(1-2)	VALOR A LIBERAR A FAVOR DEL ICBF:	$ 0
	VALOR NO EJECUTADO APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0
5=(2-3)	SALDO POR PAGAR AL CONTRATISTA:	$ 0
	SALDO REINTEGRADO A FAVOR DELL ICBF	$ 0
6=(3-2)	SALDO POR REINTEGRAR A FAVOR DEL ICBF	$ 0
	VALOR TOTAL DEL CONTRATO O CONVENIO:	**$ 0**

Lo anterior, de conformidad con el el reporte de relacion de pagos generado por el Sistema integrado de informacion Financiera (SIIF) Nación, los cuales hacen parte integral de la presente acta.

- El cuadro tipo para realizar el balance financiero del contrato convenio tiene todos los conceptos posibles, de acuerdo con los diferentes tipos de contratos, los valores

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	consignados se usan para recrear el ejercicio. En consecuencia, diligenciar los campos que le aplican a su contrato y los conceptos que no aplican a su trámite contractual, regístrelos en cero (0). • Valor del contrato es el resultado de sumar el valor inicial, las adiciones (si las hubo), las reducciones o liberaciones (si las hubo). En el cuadro registra con el número 1. • Valor total ejecutado es el resultado de las actividades cumplidas a satisfacción por el contratista, debidamente aprobadas por el supervisor o interventor (según corresponda). En el cuadro registra con el número 2. • Valor pagado será el valor que registra el estado de cuenta expedido por la Dirección Financiera o quien haga sus veces en el nivel regional, extraído del SIIF Nación. • Valor a liberar es el resultado de restar el valor del contrato o convenio, financiado con recursos del ICBF, menos el valor total ejecutado. • Saldo por pagar al contratista es el resultado de restar el valor total ejecutado, menos el valor pagado. • Saldo por reintegrar: es el valor pagado al contratista que no fue ejecutado, este siempre deberá reintegrarse al ICBF.
ANEXOS	• Registro presupuestal del compromiso a liberar. • Solicitud de modificación de la ESE. • Correo Dirección de Nutrición.
FIRMA LA SOLICITUD **ARIADNA CAICEDO VALVERDE** **COORDINADORA CZ AGUACHICA** **SUPERVISOR CONVENIO**	

PÚBLICA

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHecuello	ESILDA CUELLO CASTILLO
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	46-02-00-020	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CESAR
Fecha y Hora Sistema:	7/11/2025 12:00:00 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 75525 de fecha 2025-10-17. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	295625	**Fecha Registro:**	2025-11-07	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		46-02-00-020 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CESAR			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	6.270.007,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	6.270.007,00	**Saldo x Obligar:**	6.270.007,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	892300445	**Razón Social:**	HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	116608399	**Banco:**	BANCO DE BOGOTA	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	51671006	**Nombre:**	ROSA MARIA MEDINA ROMERO	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	20005542025	**Tipo:**	CONVENIO	**Fecha:**	2025-11-07

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
101 ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA	C-4602-1500-5-30205B-4102016-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE	Propios	27	CSF		6.270.007,00	0,00		
					Total:	6.270.007,00	0,00	6.270.007,00	6.270.007,00

Objeto:	VF: 31/05/2025, 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

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
46-02-00-020	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CESAR	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2025-12-26	6.270.007,00	6.270.007,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Diana Carolina Mogotocoro Benjumea

De: MARIA TERESA HERNANDEZ PRADA <gerencia@hospitalregionaldeaguachica.gov.co>
Enviado el: martes, 17 de febrero de 2026 10:39 a. m.
Para: Diana Carolina Mogotocoro Benjumea
CC: Edwing Vega; CONVENIOS HRJDPV ESE; Margarita Rosa Lobo Orozco; Mayerli Salena Saurith Zuleta; Yolena Carolina Villero Aroca; Dayan Lissett Blanco Gomez; Ivonne Quintana Ballesta; Ariadna Victoria Caicedo Valverde; Jeny Sirley Saavedra Rodriguez; Lina Maria Rojas Rangel
Asunto: Re: Remisión solicitud de ajuste cláusula cuarta convenios SIAPD

Señores
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
E.S.D.

Asunto: Solicitud de modificación de la cláusula cuarta, del convenio interadministrativo número 20005542025, suscrito entre ICBF Regional Cesar y la Empresa Social del Estado Hospital Regional Jose David Padilla Villafañe.

Cordial saludo,

De conformidad con los compromisos pactados en la reunión adelantada el pasado 12 de febrero de 2026, por medio de la presente solicitamos la modificación de la cláusula cuarta del convenio interadministrativo número 20005542025, suscrito entre ICBF Regional Cesar y la Empresa Social del Estado Hospital Regional Jose David Padilla Villafañe, en los siguientes aspectos:

CLÁUSULA CUARTA - DESEMBOLSO DE LOS APORTES DEL ICBF:

Se solicita la modificación del literal f, en lo relacionado, con el segundo al sexto desembolso, así:

f) Soporte de pago de los aportes a la seguridad social en salud, pensión y ARL, del talento humano del equipo operativo.

Se solicita la exclusión del literal h, en lo relacionado, con el segundo al sexto desembolso, así:

h) Certificación del pago al equipo del servicio, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal;

Por lo anterior, se sugiere la inclusión del siguiente parágrafo, en la cláusula cuarta, así:

PARÁGRAFO UNDÉCIMO: El ALIADO Remitirá los soportes de pago de los honorarios al talento humano contratado para el servicio, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al pago realizado por el ICBF, del respectivo periodo mensual.

Dado que el convenio 20005542025 no contempla giro de primer pago del 15% (como fue el caso del convenio anterior), se hace necesario contar con el apoyo del ICBF en el giro de los recursos mensuales, a fin de garantizar la oportunidad y efectividad en la continuidad del objeto contractual.

Agradezco la atención brindada.

MARIA TERESA HERNANDEZ PRADA
Gerente
HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFAÑE ESE

Diana Carolina Mogotocoro Benjumea

De: Edna Margarita Vargas Diaz
Enviado el: viernes, 23 de enero de 2026 4:16 p. m.
Para: Diana Carolina Mogotocoro Benjumea
CC: Mayerli Salena Saurith Zuleta; Dayan Lissett Blanco Gomez; Ivonne Quintana Ballesta; Margarita Rosa Lobo Orozco; Kenia Caroline Stabilito Torres; Ariadna Victoria Caicedo Valverde; Jeny Sirley Saavedra Rodriguez; Lina Maria Rojas Rangel; Jose Luis Salamanca Perez
Asunto: RE: Consulta sobre primer desembolso convenios SIAPD

Buenas Tardes Estimados compañeros:

Con el fin de atender las inquietudes que manifiestan en el correo que antecede, me permito dar las siguientes claridades:

1. Tal y como lo establece la cláusula citada: **CLÁUSULA CUARTA – DESEMBOLSOS DE LOS APORTES DEL ICBF** *El valor correspondiente al **PRIMER DESEMBOLSO**, por el valor del recurso de la vigencia 2025, se cancelará previa entrega de los siguientes productos: plan de inducción del talento humano, presentación de hojas de vida del talento humano propio del servicio, informe de caracterización e identificación de potenciales usuarios con base en revisión de fuentes secundarias. El desembolso se realizará contra la presentación de los productos descritos en el presente numeral a satisfacción del supervisor del ICBF; y su legalización afectará el rubro de gastos operacionales **conforme a la estructura de costos que hace parte integral del presente convenio** y la certificación de cumplimiento por parte del supervisor del ICBF;* esto quiere decir que efectivamente la ejecución debió ser de los rubros que se indican en la estructura de costos que también ustedes señalan en el correo.

2. En el caso de no haberse realizado la ejecución correspondiente, efectivamente esto ya cuenta como una inejecución del apalancamiento.

Cordial saludo

Edna Margarita Vargas Díaz
Contratista
Dirección de Nutrición
Grupo Administrativo y Financiero
ICBF Sede de la Dirección General
Avenida Cr. 68 No. 64C - 75 Bogotá, Colombia
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

---

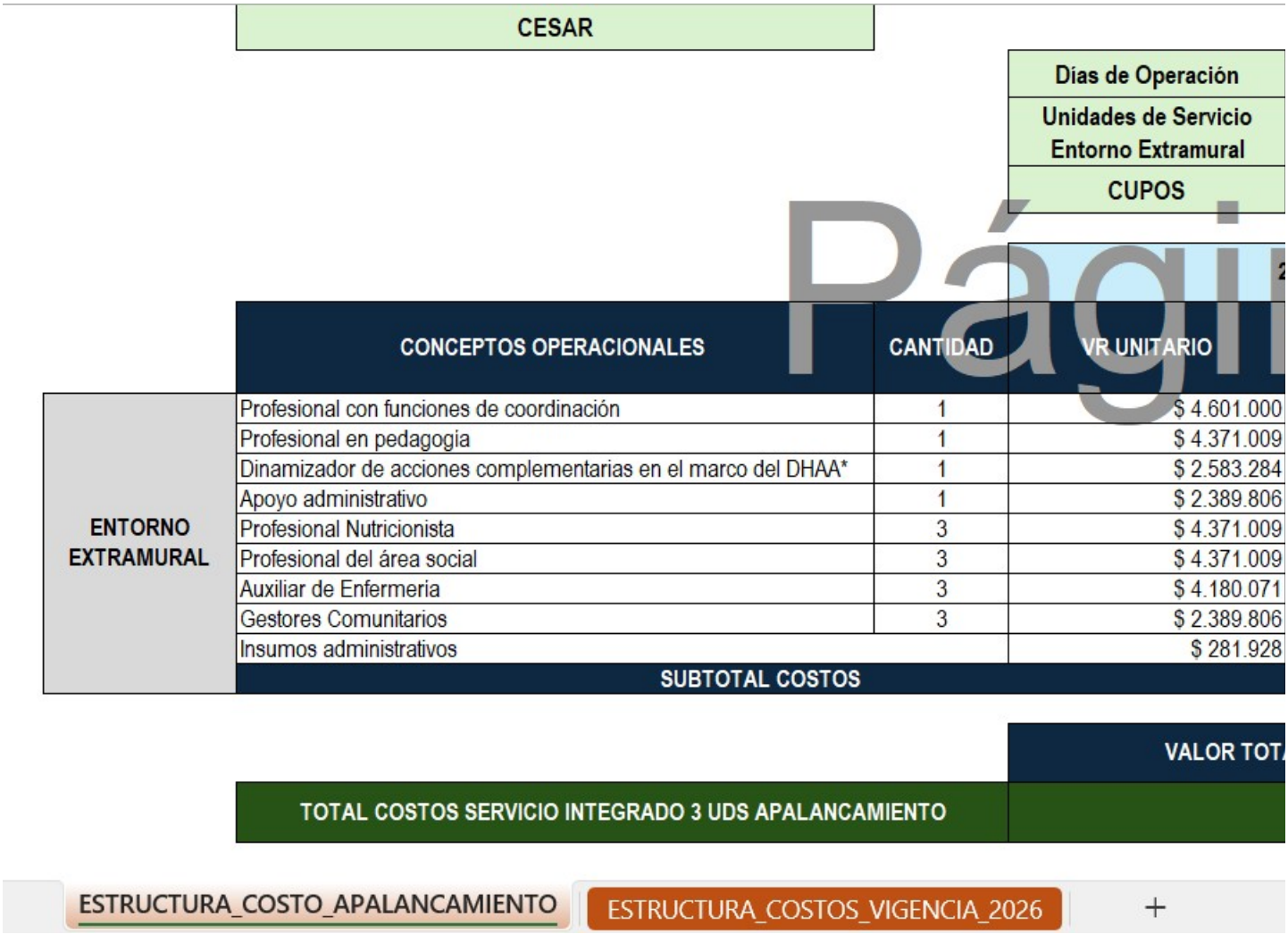
De: Diana Carolina Mogotocoro Benjumea <Diana.Mogotocoro@icbf.gov.co>
Enviado el: miércoles, 21 de enero de 2026 4:43 p. m.
Para: Edna Margarita Vargas Diaz <EdnaM.Vargas@icbf.gov.co>; Jose Luis Salamanca Perez <Jose.SalamancaP@icbf.gov.co>
CC: Mayerli Salena Saurith Zuleta <Mayerli.Saurith@icbf.gov.co>; Dayan Lissett Blanco Gomez <Dayan.Blanco@icbf.gov.co>; Ivonne Quintana Ballesta <Ivonne.Quintana@icbf.gov.co>; Margarita Rosa Lobo Orozco <Margarita.Lobo@icbf.gov.co>; Kenia Caroline Stabilito Torres <Kenia.Stabilito@icbf.gov.co>; Ariadna Victoria Caicedo Valverde <Ariadna.Caicedo@icbf.gov.co>; Jeny Sirley Saavedra Rodriguez <Jeny.Saavedra@icbf.gov.co>; Lina Maria Rojas Rangel <Lina.Rojas@icbf.gov.co>
Asunto: Consulta sobre primer desembolso convenios SIAPD
Importancia: Alta

Buenas tardes, estimados Margarita y José Luis.

Nos dirigimos a ti con el fin de realizar consulta sobre el primer desembolso correspondiente al recurso de la vigencia 2025 de los convenios suscritos con vigencia futura para el Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición; la **CLÁUSULA CUARTA – DESEMBOLSOS DE LOS APORTES DEL ICBF** establece lo siguiente para el primer desembolso:

*El valor correspondiente al **PRIMER DESEMBOLSO**, por el valor del recurso de la vigencia 2025, se cancelará previa entrega de los siguientes productos: plan de inducción del talento humano, presentación de hojas de vida del talento humano propio del servicio, informe de caracterización e identificación de potenciales usuarios con base en revisión de fuentes secundarias. El desembolso se realizará contra la presentación de los productos descritos en el presente numeral a satisfacción del supervisor del ICBF; y su legalización afectará el rubro de gastos operacionales conforme a la estructura de costos que hace parte integral del presente convenio y la certificación de cumplimiento por parte del supervisor del ICBF.*

Donde señala que la legalización de este primer desembolso afectará el rubro de gastos operacionales; sin embargo, las estructuras de costos enviadas por la Dirección de Nutrición establecen que la mayoría de estos recursos corresponden al concepto de talento humano e insumos administrativos, como se evidencia en imagen seguida de una de las estructuras de costos enviadas:



	CESAR		
			Días de Operación
			Unidades de Servicio Entorno Extramural
			CUPOS
	CONCEPTOS OPERACIONALES	CANTIDAD	VR UNITARIO
ENTORNO EXTRAMURAL	Profesional con funciones de coordinación	1	$ 4.601.000
	Profesional en pedagogia	1	$ 4.371.009
	Dinamizador de acciones complementarias en el marco del DHAA*	1	$ 2.583.284
	Apoyo administrativo	1	$ 2.389.806
	Profesional Nutricionista	3	$ 4.371.009
	Profesional del área social	3	$ 4.371.009
	Auxiliar de Enfermeria	3	$ 4.180.071
	Gestores Comunitarios	3	$ 2.389.806
	Insumos administrativos		$ 281.928
	SUBTOTAL COSTOS		
			VALOR TOT
	TOTAL COSTOS SERVICIO INTEGRADO 3 UDS APALANCAMIENTO		

ESTRUCTURA_COSTO_APALANCAMIENTO | ESTRUCTURA_COSTOS_VIGENCIA_2026 | +

Esto nos genera las siguientes inquietudes:

1. Para la certificación de los recursos que se desembolsen correspondientes a la vigencia 2025 los supervisores de los convenios deben tener en cuenta la entrega de los productos establecidos; sin embargo, es necesario aclarar como se van a legalizar estos recursos por parte de la ESE, es decir, si al legalizarse deben corresponder a gastos operacionales como lo estipula la cláusula o deben tener en cuenta también que la ESE haya contratado talento humano para los días 29, 30 y 31 de diciembre de 2025
2. Por otra parte, en caso que la ESE no haya realizado la entrega de los productos establecidos para el primer desembolso los días 29 al 31 de diciembre de 2025 o no haya realizado contratación de talento humano durante los días mencionados, sino que realizó la contratación en el mes de enero de 2026, ¿qué acciones debe tomar la supervisión del convenio? ¿esto significa que se debe tomar como inejecución el apalancamiento o se realiza el desembolso por la entrega de los productos como lo establece la cláusula? ¿existe algún inconveniente en que no se desembolse el apalancamiento de la vigencia 2025 por inejecución?

Estamos atentos a las orientaciones que nos puedan brindar frente a este tema para realizar las acciones pertinentes.

Atentamente,

Diana Carolina Mogotocoro Benjumea
Contratista
Grupo Prevención
ICBF Sede Regional Cesar
Calle 16A # 11-15, Valledupar, Cesar
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

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHfvides	FABIAN VIDES CABRALES
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	46-02-00-020	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CESAR
Fecha y Hora Sistema:	2026-04-06-11:21 a. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 75525 de fecha 2025-10-17. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	295625	**Fecha Registro:**	2026-01-06	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		46-02-00-020 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CESAR			
Vigencia Presupuestal	Reservas presupuestales	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	6.270.007,00	**Valor Total Operaciones:**	-6.270.007,00			**Valor Actual:**	0,00	**Saldo x Obligar:**	0,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	892300445	**Razón Social:**	HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	116621780	**Banco:**	BANCO DE BOGOTA	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	51671006	**Nombre:**	ROSA MARIA MEDINA ROMERO	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	20005542025	**Tipo:**	CONVENIO	**Fecha:**	2025-11-07

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
101 ATENCION Y PREVENCIÓN A LA	C-4602-1500-5-30205B-4102016-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE	Propios	27	CSF	2026-02-26	6.270.007,00	-6.270.007,00		
					Total:	6.270.007,00	-6.270.007,00	0,00	0,00

Objeto:	VF: 31/05/2026, 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

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
46-02-00-020	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CESAR	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2026-01-30	0,00	0,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)