CERTIFICACIÓN DE PAGO DE
APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

El suscrito **ALEJANDRO QUINTERO MONTOYA** con cedula **15.443.136** en condición de Revisor Fiscal designado para la **ESE HOSPITAL LA MARIA**, identificada con Nit **890.905.177-9**, **CERTIFICA QUE:**

En ejercicio de mis funciones como Revisor Fiscal, llevé a cabo los procedimientos de revisión necesarios con el fin de verificar los pagos realizados por la entidad por concepto de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos Laborales (ARL), Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, correspondientes al período comprendido entre el mes de **Septiembre 2025 y Febrero de 2026.**

Es importante precisar que la responsabilidad del cumplimiento de estas obligaciones corresponde a la administración de la entidad como parte de su gestión. Mi responsabilidad, en virtud de lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, consiste en emitir una certificación del cumplimiento de tales obligaciones.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:
a) Se procedió a la realización de pruebas selectivas y verificación de los aportes a la seguridad social y parafiscales correspondientes a los pagos efectuados entre: **Septiembre 2025 y Febrero de 2026.**

Se anexan el detalle que soportan dichos pagos.

PAGOS SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES			
PERIODO	**N° PLANILLA**	**VALOR PAGADO**	**FECHA DE PAGO**
Febrero 2026	84022328 - 84022551	$ 193.224.000,00	09/03/2026
Enero 2026	83448840 - 83420870	$ 198.089.500,00	09/02/2026
Diciembre 2025	82812104 - 82811317	$ 211.776.200,00	16/01/2026
Noviembre 2025	81952432 - 81952669	$ 206.348.400,00	10/12/2025
Octubre 2025	81426228 - 81425721	$ 208.216.900,00	13/11/2025
Septiembre 2025	80907268 - 80896982	$ 237.630.600,00	21/10/2025

b) Con base en los procedimientos anteriores, informo que la entidad efectuó los pagos correspondientes a los aportes mencionados, en el período comprendido entre el mes de **Septiembre 2025 y Febrero de 2026.**, incluyendo salud, pensión, ARL, cajas de compensación familiar, ICBF y SENA.

El presente certificado se emite para ser utilizado por la administración de **ESE HOSPITAL LA MARIA** con nit **890.905.177-9**, en los trámites relacionados con operaciones y/o contratación con clientes del sector público y/o privado.

Se firma en Medellín, a los 12 días de marzo de 2026.

Cordialmente,

QUINTERO MONTOYA ALEJANDRO

Firmado digitalmente por QUINTERO MONTOYA ALEJANDRO
Fecha: 2026.03.12 11:52:14 -05'00'

ALEJANDRO QUINTERO MONTOYA
TP 134379-T
Revisor Fiscal designado por:
REG AZ SAS
gerencia@regsas.com
alejoq26@hotmail.com

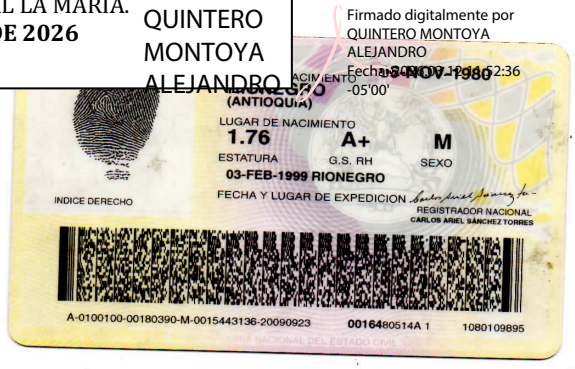




ESTA COPIA DE TARJETA PROFESIONAL SOLO ES VALIDA EL CERTIFICADO DE PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL DEL MES SEPTIEMBRE DE 2025 A FEBRERO 2026 - DE LA ENTIDAD ESE HOSPITAL LA MARIA.
EXPEDIDO EL **12 DE MARZO DE 2026**

QUINTERO MONTOYA ALEJANDRO





Firmado digitalmente por QUINTERO MONTOYA ALEJANDRO
Fecha: 2026.03.12 12:52:36 -05'00'

REG
ALINEANDO OBJETIVOS