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

El suscrito **JEYSSON IVAN ARANGO CIFUENTES** con cedula **15.443.921** en condición de Revisor Fiscal designado para la **ESE HOSPITAL CÉSAR URIBE PIEDRAHITA**, identificada con nit 890.980.757-1, **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 de 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 de 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	36651284 - 36651665	$ 134.810.000,00	09/03/2026
Enero 2026	36240738 - 36241039	$ 138.211.300,00	04/02/2026
Diciembre 2025	35922978 - 35926375	$ 133.873.000,00	07/01/2026
Noviembre 2025	35620205 - 35643795	$ 130.253.700,00	09/12/2025
Octubre 2025	35302931 - 35339375	$ 135.722.900,00	11/11/2025
Septiembre 2025	34859885 - 34870582	$ 136.176.800,00	02/10/2025

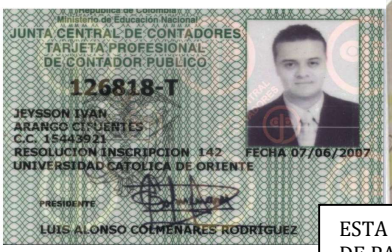
b) Con base en los procedimientos anteriores, informo que la entidad efectuó los pagos correspondientes a los aportes mencionados, en el período comprendido entre el mes de **Septiembre de 2025 y Febrero de 2026**, incluyendo salud, pensión, ARL, cajas de compensación familiar, ICBF y SENA.

El presente certificado se emite para ser utilizado por la administración de **ESE HOSPITAL CÉSAR URIBE PIEDRAHITA** NIT. **890.980.757-1**, en los trámites relacionados con operaciones y/o contratación con clientes del sector público y/o privado.

Se firma el Medellín, a los (17) días de Marzo de 2026

Cordialmente,

JEYSSON IVAN ARANGO CIFUENTES
TP 126818-T
Revisor Fiscal P. designado por:
REG AZ SAS
gerencia@regsas.com
revisoriaf1@regsas.com







ESTA COPIA DE TP Y CERTIFICADO, SOLO ES VALIDA ADJUNTA A LA CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES DE LA EMPRESA**: ESE HOSPITAL CÉSAR URIBE PIEDRAHITA 890.980.757-1.** FECHA: 17/MARZO/2026

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

0 5 E 5 9 5 1 8 1 6 A C 1 0 E 9

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 **JEYSSON IVAN ARANGO CIFUENTES** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 15443921 de RIONEGRO (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 126818-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 2 días del mes de Marzo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado