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

Radicado No.

1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (según aplique), certifica que el beneficiario: **VIVIR IPS SAS**

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

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: NIT [ ] CC [ ] CE [ ] TI [ ] **NÚMERO DOCUMENTO:** 830017370 **DV:** 6

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

TELÉFONO: 3104344105 **CORREO ELECTRÓNICO** viviripsgerencia@hotmail.com

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

VALOR PRESENTE DESEMBOLSO	
VALOR FIJO $	4,950,000
VALOR VARIABLE $ (SI APLICA)	

No. CONV. O CTO. INTERADMINISTRATIVO 222005 **No. CONTRATO** 2250042 **FUENTE DE FINANCIAMIENTO** 485

No. PROCESO CONTRACTUAL LPI-007-2024

FACTURA No. 149199 **CUENTA DE COBRO** [ ] **DOCUMENTO EQUIVALENTE ¿CUÁL?** **No.**

ANTICIPO:	**SI**		**NO**		**%**		**VALOR $**	**OTROS DESCUENTOS POR VALOR $**
RETEGARANTIA:	**SI**		**NO**		**%**		**VALOR $**	**ESPECIFIQUE:**
AMORTIZA:	**SI**		**NO**		**%**		**VALOR $**	**ESPECIFIQUE:**

2, PERIODO DE COBRO

INICIO	2026-02-01	**FIN**	2026-02-28	**DESEMBOLSO Nº**	**10**	**VALOR BRUTO $**	4,950,000

3. APROBACIONES

	APRUEBA - INTERVENTOR	**AVALA - DESIGNADO ENTE TERRITORIAL**	**VERIFICA Y/O AUTORIZA - SUPERVISOR ENTerritorio S.A.**
FIRMA:			
NIT / C.C.:			79.794.156
NOMBRE:			CARLOS ALBERTO GONZALEZ PROMICIEROS

OBSERVACIONES:

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

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

CARLOS ALBERTO GONZALEZ PROMICIEROS

ORDENADOR DEL GASTO (NO APLICA PARA CONTRATOS)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

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

AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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

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

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

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

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

1. INFORMACIÓN GENERAL

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

2, PERIODO DE COBRO

a.	**Fecha de Inicio:** Fecha que inicia el cobro del mes
b.	**Fecha de Fin:** Fecha donde termina el cobre del mes
c.	**Desembolso N°:** Es el numero de desembolso correspondiente al periodo a cobrar
d.	**Valor Bruto;** Es el valor total del mes a cobrar

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

Factura Electrónica De Venta No

FE1 No. 149199

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764094268765 que habilita desde FE1 100001 hasta FE1 200000. Vence 2027-06-11

VIVIR IPS SAS
Nit 830017370

Responsables de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes

Actividad Económica ICA 8621 9.66 X 1000

CLIENTE	EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL S.A.
NIT	899999316 1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
Calle 26 No 13 -19 P 30	Bogota D.C.	(601) 915 6282

USUARIO:	PERIODO FACTURADO:
Contrato No. 2250042 del 2024, cuyo objeto tiene: GARANTIZAR EL ACCESO AL PAQ. DE ATENCIÓN INTEGRAL EN VIH A POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA, INCLUIDA MUJER GESTANTE. MANIZALEZ	

FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO	VENDEDOR	FORMA DE PAGO
20/04/2026	19/06/2026	VIVIR IPS SAS	Credito

Item	Autorización	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1		Desembolso contra entrega del informe del mes de FEBRERO de 2026. (0) Paquete de atención en VIH para mujer gestante migrante y (11) Paquete de atención en VIH a población migrante •Supervisor Administrativo: Carlos González	11	450.000,00	0%	0	4.950.000,00

Total líneas o ítems: 1

SUBTOTAL	**4.950.000,00**
DESCUENTO	**0,00**
IVA	**0,00**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**4.950.000,00**
RETEFUENTE	**0,00**
RETEIVA	**0,00**
RETEICA	**0,00**
TOTAL MENOS RETENCIONES	**4.950.000,00**

Valor en Letras

CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE

CODIGO UNICO DE FACTURACIÓN ELECTRONICA

Favor pagar esta factura mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente No 059008508 de Banco AV Villas sa a nombre de VIVIR IPS SAS

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO: _____

Observaciones:

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 20/04/2026 09:53:12

Medios de Pago: Acuerdo mutuo



CR 10 26 34 SUR Teléfono 3001579

Correo Electrónico vivirips@hotmail.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)

CUFE: 394cfa056fefce6c7623c26939093b4f994ba762ebae96491a9ca4525c4db61a6e7947ec59016a15a5f752b2ae1edf5c --Fecha y Hora de Expedición : 20/04/2026 9:54:56 a. m.

CERTIFICACIÓN SOBRE EL PAGO DE APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES

El suscrito Revisor Fiscal, de **VIVIR IPS SAS**., identificada con NIT 830.017.370-6, en cumplimiento de lo dispuesto en El artículo 50 de La Ley 789 de 2002, modificado por El artículo 1 de la Ley 828 de 2003, certifica que la Sociedad; ha cumplido con la obligación de pagar los aportes a los Sistemas de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales) y Cajas de Compensación Familiar; correspondientes a sus trabajadores y/o empleados al mes de **FEBRERO de 2026,** cubriendo salud al mes de **MARZO de 2026** y pensión al mes de **MARZO de 2026**.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C., A los 17 días del mes de **ABRIL de 2026**, a solicitud de la administración de **VIVIR IPS SAS** para efectos de facturación y radicación a la entidad **EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL S.A.**, con numero de CONTRATO No CT-2250042 MANIZALES.

(Las firmas o sociedades a tener Revisoría Fiscal de acuerdo con los requisitos legales deberán presentar la certificación firmada por el Revisor Fiscal inscrito ante la Cámara de Comercio correspondiente)

NOHORA NELSY DIAZ
T.P 176.179
REVISORAFISCAL

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada



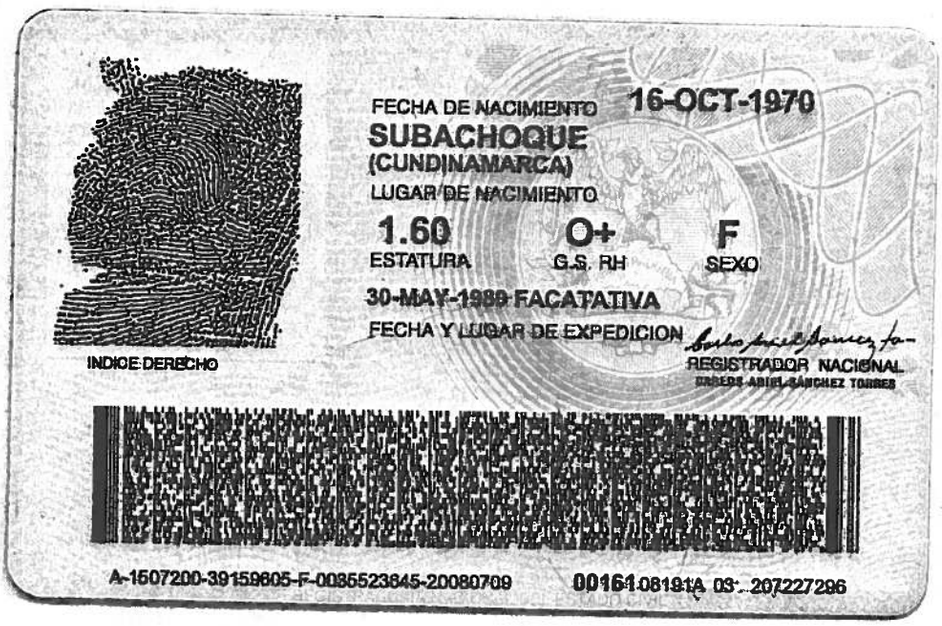
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.523.645

DIAZ PALMAR
APELLIDOS

NOHORA NELSY
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-1970
SUBACHOQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

30-MAY-1989 FACATATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1507200-39159605-F-0035523845-20080709 0016108191A 03 207227296

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

176179-T



NOHORA NELSY
DIAZ PALMAR
C.C. 35523645

RESOLUCION INSCRIPCION 090 FECHA 07/03/2013

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PRESIDENTE

LUIS EDUARDO FORERO VARGAS

187605


104744
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 comunicarse
al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de
Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogotá D.C.
www.idbqs.com

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

5178C5EEDB56B16E

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 **NOHORA NELSY DIAZ PALMAR** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 35523645 de FACATATIVA (CUNDINAMARCA) Y Tarjeta Profesional No 176179-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

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

Dado en BOGOTA a los 8 días del mes de Abril 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

Pereira, 16 de abril de 2026

Doctora
MARÍA CLEMENCIA GALVIS OCAMPO
Gerente IPS VIVIR IPS Tel: 3104344105
Correo: coordinacionvihvivirips@gmail.com
Ciudad Bogotá

Asunto: Aprobación **décimo informe** del mes de **febrero** de 2026. Contrato No. 2250042

Estimada Dra. Galvis Ocampo:

En calidad de supervisores certificamos que hemos recibido a satisfacción el informe del mes de **febrero** de 2026, en el marco del Contrato No. 2250042 cuyo objeto es "GARANTIZAR EL ACCESO AL PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL EN VIH A POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA, INCLUIDA MUJER GESTANTE, QUE HAYAN SIDO CONFIRMADOS CON LOS SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO DE VIH FINANCIADOS POR RECURSOS DEL FONDO MUNDIAL A TRAVÉS DE LOS CONVENIOS DE COOPERACIÓN SUSCRITOS POR ENTERRITORIO CON EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, EN EL MARCO DEL ACUERDO DE SUBVENCIÓN No. COL -H- ENTERRITORIO 3042 (CONVENIO NO. 222005) SUSCRITO CON EL FONDO MUNDIAL, EN LA CIUDAD DE MANIZALES:

- Informe de personas migrantes atendidas en el periodo del **1 al 28 de febrero** de 2026
- Cargue en SISCOSSR del avance en la atención (con almacenamiento y dispensación del TAR) de usuarios del servicio por migrantes efectivamente atendidos, incluyendo mujeres gestantes del periodo **1 al 28 de febrero de 2026**

Indicador	Cantidad
Paquete de atención en VIH para mujer gestante migrante sin afiliación al SGSSS, que cumpla con las normas establecidas en Colombia de la prevención de la transmisión materno infantil del VIH. Incluye ARV.	**0**
Paquete de atención en VIH a población migrante, en condición irregular y sin afiliación al SGSSS, que hayan sido confirmados con los servicios de diagnóstico de VIH que desarrollan las Empresas Sociales del Estado con recursos del Fondo Mundial. No incluye ARV.	**11**

Fuente: SISCO-SSR (corte a 28 de Febrero de 2026)

Conforme a lo anterior, se aprueba el informe de personas migrantes atendidas para el desembolso No.**10**.

Cordialmente,

Vo. Bo. LIDER GIOVANNI CANO BEDOYA
Gestor Regional

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

DANILO DE JESUS DE ALBA DE MOYA
Coordinador Técnico ENTerritorio S.A.

CARLOS ALBERTO GONZALEZ PROMICIEROS
Gerente del Acuerdo De Subvención No. COL-H-ENTERRITORIO 3042 (Convenio No. 222005)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA