MEMORANDO

Radicado No: 202633300000014833

Para: LUZ MILA MEDINA ROMERO
Coordinadora Financiera
Asunto: Legalización desembolso ESE Hospital Materno Infantil de Soledad convenio 08007932025
Fecha: 06 de mayo de 2026

Me dirijo a usted con el fin de solicitar adelantar trámite de pago, cuarto desembolso correspondiente al tercer mes de ejecución del Convenio Interadministrativo 08007932025 con la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad en el mes de marzo, quienes ejecutaron el Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición en los municipios que se relacionan a continuación:

CENTRO ZONAL	MUNICIPIOS	USUARIOS
HIPÓDROMO	**SOLEDAD**	**74**
NORTE CENTRO HISTÓRICO	**PUERTO COLOMBIA**	**9**
SUROCCIDENTE	**BARRANQUILLA**	**17**
SABANALARGA	**LURUACO**	**50**
SABANALARGA	**REPELÓN**	**50**
BARANOA	**JUAN DE ACOSTA**	**20**
SABANALARGA	**MANATÍ**	**50**
SABANAGRANDE	**CAMPO DE LA CRUZ**	**21**
SABANAGRANDE	**SANTA LUCÍA**	**9**
	TOTAL	**300**

“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”.
Se adjunta documentación requerida, según procedimiento establecido.

Cordialmente,

Diana Gissela Heredia Serna

DIANA GISSELA HEREDIA SERNA
Coordinadora Grupo de Prevención
Regional Atlántico.
Anexo:(Documentos cuarto desembolso Convenio interadministrativo ESE Hospital Materno Infantil de Soledad).

Aprobó: Diana Heredía Serna – Coordinadora Grupo Prevención
Revisó: Diana Heredía Serna – Coordinadora Grupo Prevención
Proyectó: Farid Garizábalo Anaya – Apoyo Nutrición GP

Yo, **AYDA ESTELA PÁJARO MORALES**

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	**ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD**					
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**802013023-5**			
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	08007932025	FECHA SUSCRIPCIÓN	6 (día) noviembre (mes) 2025 (año)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 29 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) mayo (mes) 2026 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	6 (día) mayo (mes) 2026 (año)					

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	3	DE	5
VALOR A PAGAR	$ 223.723.013,00	EN LETRAS	DOSCIENTOS VEINTITRES MILLONES SETECIENTOS VEINTITRES MIL TRECE PESOS		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) marzo (mes) 2026 (año)	HASTA	31 (día) marzo (mes) 2026 (año)		

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	226	27	C-4602-1500-5-30205B-4102016-02	101 ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN	02-02-02-009-003-05 OTROS SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	$ 223.723.013,00

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:	BANCOOMEVA S.A	NÚMERO DE CUENTA	8015100000004-5	TIPO DE CUENTA	AHORROS

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	$ 223.723.013,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 223.723.013,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 223.723.013,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
AYDA ESTELA PÁJARO MORALES	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	ATLÁNTICO	GRUPO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Ayda Pajaro Morales
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
				Diana Gissela Heredia Serna
FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
FARID GARIZABALO ANAYA	APOYO NUTRICION GRUPO DE PREVENCIÓN	ATLANTICO	GRUPO ASISTENCIA TECNICA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	**ÁREA**	**FIRMA**	**FECHA (dd/mm/aaaa)**
DIANA GISSELA HEREDÍA SERNA	COORDINADORA GRUPO DE PREVENCIÓN		6/05/2026

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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
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

Soledad, 16 de Abril de 2026

CUENTA DE COBRO No. 004

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF
NIT. 899.999.239-2
CRA 46 # 61-15 Barranquilla

DEBE A:
ESE CENTRO MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD
NIT. 802.013.023-5

LA SUMA DE: DOSCIENTOS VEINTITRES MILLONES SETECIENTOS VEINTITRES MIL Y TRECE PESOS (**$223.723.013).**

POR CONCEPTO: tercer desembolso correspondiente al **CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No.08007932025**

Atentamente:

NELSON GARCIA PEREZ
Gerente

Elaborado por Dairid Fontalvo Buelvas, jefe Oficina de Recursos Financieros

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL TALENTO HUMANO

Soledad, 16 de Abril de 2026

Señores.
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
Regional Atlántico

Yo, **NELSON GARCIA PEREZ** identificado como aparece al pie de mi firma, en calidad de representante legal de la **ESE CENTRO MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, con NIT. 8002.013.023-5** y con el **CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 08007932025**

CERTIFICA QUE:

1. Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la ESE CENTRO MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD de la información que he considerado necesaria.

2. He efectuado los procedimientos de revisión pertinente y he verificado que la ESE se encuentra **PAZ Y SALVO** por concepto de pago a todo el talento humano asociados a los proyectos y convenios con el **ICBF**, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución correspondiente al mes de marzo del año 2026.

Se expide la presente certificación a los dieciséis (16) días del mes de abril de 2026, en el Municipio de Soledad por solicitud del interesado.

Atentamente,

NELSON GARCIA PEREZ
C.C 72.310.382
Representante legal

Elaborado por Dairid Fontalvo Buelvas, jefe Oficina de Recursos Financieros

4. Adicionalmente, el personal vinculado por contrato de prestación de servicio, ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensión correspondiente al mes de marzo de 2026.

Se expide la presente certificación a los dieciséis (16) días del mes de abril de 2026 en el Municipio de Soledad, por solicitud del interesado.

Atentamente;

Atentamente,

NELSON GARCIA PEREZ
C.C 72.310.382
Representante legal

Elaborado por Dairid Fontalvo Buelvas, jefe Oficina de Recursos Financieros

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL ENSALUD, PENSION, RIESGOS PROFESIONALES Y PARAFISCALES

Soledad, 16 de Abril de 2026

Señores.
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
Regional Atlántico

El suscrito NELSON GARCIA PEREZ, identificado como aparece al pie de mi firma, en calidad de representante legal de la **ESE CENTRO MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD**, con NIT. 802.013.023-5 y con el **CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 08007932025.**

CERTIFICA QUE:

1. He efectuado los procedimientos de revisión que he considerado pertinente de acuerdo con la norma de auditoria aceptadas en Colombia, con el propósito de verificar el pago efectuado por la ESE, por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensión, riesgos laborales y cajas de compensación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), para el mes de marzo de 2026.

El pago de dichos aportes es responsabilidad de la administración de la ESE como arte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de julio de 2002, es emitir un informe certificando el cumplimiento de la mencionada obligación de pago.

2. Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la ESE la información que he considerado necesaria

3. He verificado el pago de los aportes a los sistemas descritos en el párrafo 1, de los últimos (6) meses, anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, e informamos que la ESE ha cumplido con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensión, riesgos profesionales y aportes parafiscales, correspondientes a todos los empleados vinculados.

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

Soledad, 16 de Abril de 2026

Señores.
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
Regional Atlántico

El suscrito NELSON GARCIA PEREZ identificado como aparece al pie de mi firma, en calidad de representante legal de la **ESE CENTRO MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**, con NIT. 802.013.023-5 y con el **CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 08007932025.**

CERTIFICA QUE:

1. Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la compañía la información que he considerado necesaria.

2. He efectuado los procedimientos de revisión pertinente y he verificado que la entidad se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto con los proveedores de bienes y servicios, asociados a los proyectos y convenios con el ICBF de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución con corte al mes de marzo de 2026.

Se expide la presente certificación a los dieciséis (16) días del mes de abril de 2026, en el Municipio de Soledad, por solicitud del interesado.

Atentamente;

NELSON GARCIA PEREZ
C.C 72.310.382
Representante legal

Elaborado por Dairid Fontalvo Buelvas, jefe Oficina de Recursos Financieros

CONCEPTO	MARZO
Preparación demostrativa y comunitaria (300 usuarios)	$ 1.493.100
SUBTOTAL COSTOS VARIABLES	$ 141.292.500
Profesional con funciones de coordinación	$ 4.601.000
Profesional en pedagogía	$ 4.371.009
Dinamizador de acciones complementarias en el marco del DHAA*	$ 2.583.284
Apoyo administrativo	$ 2.389.806
Profesional Nutricionista	$ 13.113.027
Profesional del área social	$ 13.113.027
Auxiliar de Enfermería	$ 12.540.213
Gestores Comunitarios	$ 7.169.418
SUBTOTAL TALENTO HUMANO	$ 59.880.784
Transporte	$ 3.692.365
SUBTOTAL TRANSPORTE	$ 3.692.365
SUBTOTAL COSTOS FIJOS	$ 63.573.149
Reposición de dotación	
Elementos entregables para la dinamización del DHAA	
Elementos de Aseo - Talento Humano	$ 101.874
Papeleria	$ 1.427.611
Comunicaciones	$ 296.489
Material para fortalecimiento Vigilancia Basada en Comunidad - VBC	$ -
SUBTOTAL COSTOS INDIRECTOS	$ 1.825.974
Gastos operacionales 8,24%	$ 17.031.390

CONCEPTO	MARZO
TOTAL COSTOS VARIABLES	**$ 141.292.500**
TOTAL COSTOS FIJOS	**$ 63.573.149**
TOTAL COSTOS INDIRECTOS	**$ 1.825.974**
TOTAL GASTOS OPERACIONALES	**$ 17.031.390**
Gravamen movimiento financiero	**$ 0**

DAIRID FONTALVO BUELVAS
Jefe oficina de Recursos Financieros

Persona Natural _____

Persona Jurídica __x__

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

LA SUPERVISORA DEL CONVENIO No. 08007932025 SUSCRITO EL DIA 6 DE NOVIEMBRE DEL 2025

CERTIFICA:

Que, en el mes de **MARZO** del **2026**, la **ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD** cumplió con los requisitos establecidos para realizar el cuarto desembolso al presentar y *entregar todos los informes y soportes estipulados en la guía operativa,* correspondiente a la ejecución en el tercer mes de atención marzo/2026 de la MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN, EN EL "SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN", de acuerdo a lo estipulado en la minuta contractual relacionado a continuación:

CENTRO ZONAL	MUNICIPIOS	CUPOS
HIPODROMO	**SOLEDAD**	**74**
NORTE CENTRO HISTÓRICO	**PUERTO COLOMBIA**	**9**
SUROCCIDENTE	**BARRANQUILLA**	**17**
SABANALARGA	**LURUACO**	**50**
SABANALARGA	**REPELÓN**	**50**
BARANOA	**JUAN DE ACOSTA**	**20**
SABANALARGA	**MANATÍ**	**50**
SABANAGRANDE	**CAMPO DE LA CRUZ**	**21**
SABANAGRANDE	**SANTA LUCÍA**	**9**
	TOTAL	**300**

Dada en Barranquilla, a los seis (6) días del mes de mayo del 2026.

AYDA ESTELA PÁJARO MORALES
Supervisora del Convenio

Proyectó: Farid Garizábalo Anaya – apoyo nutrición GP
Revisó: Ayda Pájaro Morales – Nutricionista profesional universitario

Persona Natural _____
Persona Jurídica __x__

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

LA SUPERVISORA DEL CONVENIO No. 08007932025 SUSCRITO EL DIA 6 DE NOVIEMBRE DEL 2025

CERTIFICA:

Que, en el mes de **MARZO** del **2026**, la **ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD** identificada con **NIT 802013023-5** Representada por **Nelson Enrique García Pérez** identificado con la cédula de ciudadanía No. **72310382** ha cumplido a satisfacción con lo establecido en las obligaciones contractuales relacionadas con la presentación de documentos para el **cuarto** desembolso para el "Servicio integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición" y se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al sistema de Seguridad social integral, así como los propios del SENA, ICBF y cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda. Lo anterior dando cumplimiento al artículo No. 23 de la ley 1150 de julio 16 de 2007. Mes de **marzo** del 2026.

Cuarto desembolso: marzo/2026

Dada en Barranquilla, a los seis (6) días del mes de mayo del 2026.

Ayda Pajaro Morales

AYDA ESTELA PÁJARO MORALES
Supervisora del Convenio

Proyectó: Farid Garizábalo Anaya – apoyo nutrición GP
Revisó: Ayda Pájaro Morales – Nutricionista Profesional Universitario