MEMORANDO

Radicado No: 202631300000047613

Para: **ANA MILENA CUARTAS TOBÓN**
Coordinadora Grupo Interno de Trabajo Financiero
Regional Antioquia -ICBF-

Asunto: Solicitud Desembolso No. 4 Convenio Interadministrativo No. 05017692025

Fecha: 2026-05-11

Respeta Ana Milena, cordial saludo.

En mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del convenio interadministrativo No. 05017692025 celebrado con la ESE Hospital San Rafael, certifico para efectos del desembolso No. 4, que cumplieron con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, el valor del cuarto desembolso es de $216.539.095,00 del aporte del ICBF, entregaron todos los informes y soportes estipulados en los estudios previos y guía operativa, certificado de pago de seguridad social y parafiscal.

La E.S.E. ha cumplido conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 o 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, además cumplen a cabalidad con los requisitos de desembolso exigidos en la resolución 05360 de 2023; por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados.

Tabla 1

Descripción del convenio

No. CONTRATO	NIT DEL OPERADOR CONTRATADO	OPERADOR CONTRATADO
05017692025	890.981.536-3	HOSPITAL SAN RAFAEL

Fuente: Convenio interadministrativo N. 05017692025.

Atentamente,

CATALINA GARCIA ROBLEDO
Supervisora convenio interadministrativo 05017692025

Anexo: 1
Elaboró: Daissy Vanesa Muñoz- Contratista Grupo Interno de trabajo de Prevención

Yo, **CATALINA GARCÍA ROBLEDO**

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 SAN RAFAEL YOLOMBÓ							
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890.981.536-3					
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	05017692025	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	RESPONSABLE DEL IMPUESTO			
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	13 (día) mayo (mes) 2026 (año)							

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 4 DE 6	
VALOR A PAGAR	$ 216.539.095,00	EN LETRAS	DOSCIENTOS DIECISEIS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE
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
ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN DESDE EL SECTOR INCLUSIÓN SOCIAL - CONTRIBUCIÓN CON ACCIONES DE PROMOCIÓN Y	39426	27	C-4602-1500-5-302058-4102016-02	101	A-02-02-02-009-002-09	$ 216.539.095,00

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:	POPULAR	NÚMERO DE CUENTA	500808586986	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

1, plan de inducción del talento humano
2, presentación de hojas de vida del talento humano propio del servicio,
3, informe de caracterización e identificación de potenciales usuarios con base en revisión de fuentes secundarias.

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	$ 216.539.095,00	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ -	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 216.539.095,00	B
		$ -	
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 216.539.095,00	

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
CATALINA GARCIA ROBLEDO	SUPERVISORA DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO	ANTIOQUIA	GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE PREVENCIÓN	Catal G R
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
LEIDY JOHANA HERRERA CAÑOLA	REFERENTE DE NUTRICIÓN/DIRECCION DE NUTRICIÓN	ANTIOQUIA	GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE PREVENCIÓN	Leidy Herrera.
FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
DAISSY VANESA MUÑOZ ROBLEDO	ENLACE FINANCIERO/DIRECCIÓN DE NUTRICIÓN	ANTIOQUIA	GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE PREVENCIÓN	Daissy Vanesa Muñoz R.

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	**ÁREA**	**FIRMA**	**FECHA (dd/mm/aaaa)**

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

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

PLANILLA DE LIQUIDACIÓN VIGENCIA 2026

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO	**No. 05017692025**
NOMBRE RAZÓN SOCIAL	**E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL**
NIT	**890.981.536-3**
VALOR DEL CONVENIO	**$ 1.092.942.519**
APORTE ESE	**$ 112.260.850**
APORTE ICBF DINERO	**$ 980.681.669**
VALOR A PAGAR APORTE DINERO ICBF	**$ 216.539.095**
COMPROMISO PPTAL	**39426**
IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	**C-4602-1500-5-30205B-4102016-02**
RECURSO	**27**
CUENTA BANCARIA	**500808586986**
BANCO	**BANCO POPULAR**
TIPO DE CUENTA	**AHORROS**
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**CATALINA GARCÍA ROBLEDO**
CONTRATISTA	**DAISSY MUÑOZ**

Atentamente,

CATALINA GARCIA ROBLEDO
Supervisora convenio interadministrativo 05017692025

Anexo: 1
Elaboró: Daissy Vanesa Muñoz- Contratista Grupo Interno de trabajo de Prevención
Daissy Vanesa Muñoz R.

ESE Hospital San Rafael Yolombó Transformando vidas	**HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ**	**Código: GA-FR-43** **Versión: 01** **Fecha de Aprobación: 01/09/2021**
	CUENTA DE COBRO	**Páginas: 1 de 1**

DEPENDENCIA: GERENCIA
NÚMERO DE CUENTA DE COBRO: 006-2026
Yolombó, 13 de mayo de 2026

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR NIT: 899.999.239-2

DEBE A:

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBO
NIT: 890.981.536-3

La suma de **DOSCIENTOS DIECISÉIS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVENTA Y CINCO PESOS ($216.539.095.00),** por concepto del tercer desembolso correspondiente a la ejecución del mes de **MARZO** de 2026, mediante Convenio Interadministrativo No. 05017692025, cuyo objeto es **"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"**

Favor consignar en la cuenta corriente número 500-808586986 del Banco Popular Yolombó.

Atentamente,

JUAN FERNANDO RIVERA USUGA
Gerente

Elaboró: Liliana Granda M.
13.05.2026

Daissy Vanesa Muñoz R.
13/05/2026

DEPENDENCIA: GERENCIA
NÚMERO DE CERTIFICADO: 099
Yolombó, 13 de mayo de 2026

EL GERENTE
DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBÓ

C E R T I F I C A:

Que a la fecha la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Yolombó, ha cumplido con el pago de sus obligaciones de seguridad social (Salud, pensiones y riesgos profesionales) y aportes parafiscales (Caja de Compensación, SENA e ICBF), dentro de los términos de ley, por el período comprendido entre los meses de NOVIEMBRE A DICIEMBRE DE 2025 Y DE ENERO AL MES DE ABRIL DE 2026.

En consecuencia, se encuentra a Paz y Salvo por estos conceptos

Atentamente,

JUAN FERNANDO RIVERA USUGA
Gerente

Elaboró: Liliana Granda M.
13.05.2026

Daissy Vanesa Muñoz R.
13/05/2026

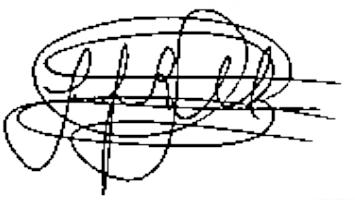
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.022.094.051
NUMERO

RIVERA USUGA
APELLIDOS

JUAN FERNANDO
NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1988

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

24-OCT-2006 ANTIOQUIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0103100-18155221-M-1022094051-20070212 06584 07043A 03 218340006

Outlook

RV: AUTORIZACIÓN TRAMITE CUARTO DESEMBOLSO CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N°4 05017692025

Desde Catalina Garcia Robledo <Catalina.Garcia@icbf.gov.co>
Fecha Mié 13/05/2026 10:20
Para Ana Milena Cuartas Tobon <Ana.Cuartas@icbf.gov.co>
CC Nelly Patino Arboleda <Nelly.Patino@icbf.gov.co>; Robinson Castaneda Giraldo <Robinson.Castaneda@icbf.gov.co>; Daissy Vanesa Munoz Robledo <Daissy.Munoz@icbf.gov.co>

1 archivo adjunto (185 KB)
Memorando 20263130000047613 Orfeo.pdf;

Doctora
ANA MILENA CUARTAS TOBON
Coordinadora Grupo Financiero.
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-
E.S.D

Cordial saludo,

Yo CATALINA GARCIA ROBLEDO, en calidad de SUPERVISORA DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO E.S.E. Hospital San Rafael, certifico para efectos del presente desembolso el contrato relacionado:

Cumplieron con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual para efectos del desembolso N°4, el valor del cuarto desembolso es de $216.539.095 del aporte del ICBF, entregaron todos los informes y soportes de estudios previos y guía operativa, certificado de pago de seguridad social y parafiscal. La ESE ha cumplido conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 o 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, además cumplen a cabalidad con los requisitos de desembolso exigidos en la resolución 05360 de 2023; por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados.

No. CONTRATO	NIT DEL OPERADOR CONTRATADO	OPERADOR CONTRATADO
05017692025	890.981.536-3	HOSPITAL SAN RAFAEL

Fuente: Convenio interadministrativo N. 05017692025.

Los documentos remitidos a través de mensaje de datos son válidos y los mismos pueden obrar como prueba para el trámite de pago, siempre que cumplan con las condiciones establecidas en la Ley 527 de 1999"; estos documentos de los siguientes contratos han sido radicados mediante **ORFEO 20263130000047613**

Atentamente,

Catalina García Robledo.
Coordinadora.
Grupo Interno de Trabajo de Prevención.
ICBF Sede Regional Antioquia.
Calle 45 #79-141 – Piso 2B.
Teléfono: (+604) 4093440.
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