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 DE YOLOMBÓ						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890.981.536- 3				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	05017912024	FECHA SUSCRIPCIÓN	20 (día)	noviembre (mes)	2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 20 (día) noviembre (mes) 2024 (año)	HASTA	31 (día) diciembre (mes) 2024 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	RESPONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			13 (día) mayo (mes) 2025 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Reserva presupuestal	PAGO No:	2	DE	2
VALOR A PAGAR	$ 34.335.743,00	EN LETRAS	TREINTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS		
PERÍODO DE PAGO	DESDE (día / mes / año)	HASTA (día / mes / 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 PREVENCIÓN EN EL COMPONENTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN PARA LA POBLACIÓN COLOMBIANA A NIVEL NACIONAL	735724	27	C-4602-1500-5-30205B-4102016-02	101	A-02-02-02-009-002-09	$ 34.335.743,00

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:	BANCO POPULAR	NÚMERO DE CUENTA	500-80636284-6	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

Según los Estudios previos del presente Convenio, está establecido que, el ICBF desembolsará su aporte a nombre de la E.S.E Hospital San Rafael de Yolombó, de la siguiente manera:
Un primer desembolso por la suma de $ 74. 911.350 correspondiente al 50% del valor de los aportes del ICBF, previa aprobación del plan operativo general de trabajo por parte del supervisor del convenio (el cual deberá contener como mínimo objetivos, actividades, estrategia de trabajo, responsables, metas e indicadores) y cronograma de actividades.

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	$ 34.335.743,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 34.335.743,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 34.335.743,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
CATALINA GARCÍA ROBLEDO	COORDINADORA	ANTIOQUIA	GRUPO DE ATENCIÓN DE CICLOS DE VIDA Y NUTRICIÓN	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
LEIDY JOHANA HERRERA CAÑOLA	REFERENTE DE NUTRICIÓN/DIRECCION DE NUTRICIÓN	ANTIOQUIA	GRUPO DE ATENCIÓN DE CICLOS DE VIDA Y NUTRICIÓN	

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
ALEJANDRA MILENA ACEVEDO ACEVEDO	ENLACE FINANCIERO DIRECCIÓN DE NUTRICIÓN	ANTIOQUIA	GRUPO DE ATENCIÓN DE CICLOS DE VIDA Y NUTRICIÓN	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
ALEJANDRA MILENA ACEVEDO ACEVEDO	CICLOS DE VIDA Y NUTRICION		13/05/2025

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