EL SUPERVISOR DESIGNADO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No 68004902025 SUSCRITO ENTRE EL ICBF REGIONAL SANTANDER Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.

CERTIFICA:

Que la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER** con NIT **900.006.037-4** es la responsable de ejecutar el convenio 68004902025 y de acuerdo con la **CLÁUSULA CUARTA. – DESEMBOLSOS:** presento los documentos requeridos para el trámite del desembolso del periodo comprendido desde el **1 al 30 de NOVIEMBRE de 2025** así:

a) Soporte de focalización de beneficiarios
b) Relación de beneficiarios atendidos y registrados en el sistema de información definido por el ICBF
c) Ficha de ingreso de beneficiarios
d) Soporte entrega de la complementación alimentaria: Ración Familiar para Preparar, Alimentos de Alto Valor Nutricional
e) Soportes de las remisiones efectuadas en el mes a las modalidades de atención del ICBF
f) Certificación del pago de los honorarios o salario al talento humano contratado por El Aliado para el servicio, del pago de su seguridad social en salud, pensiones, parafiscales y ARL, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal
g) Informe que dé cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas en el mes por el talento humano desagregado por perfil.
h) Certificación del pago al equipo del servicio, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal.
i) Soportes que evidencien la inversión de los recursos de la contrapartida.
j) Formatos que dan cuenta de la prestación del servicio que brindó El Aliado de acuerdo con lo establecido en la guía operativa del servicio.
k) Planilla de pago de retención en la fuente, correspondiente al formato establecido por la DIAN para este efecto. Debe venir firmado por el representante legal del Aliado y con constancia de pago en la Entidad Bancaria.

A su vez se informa que, para el trámite de pago se envía a la coordinación financiera de la regional Santander; los siguientes documentos:

I. Certificación de pago de contratos prestación de servicios y programas diferentes a honorarios
II. Cuenta de cobro y/o factura
III. Certificación del supervisor del cumplimiento de las obligaciones contractuales que apliquen para el mismo.
IV. Certificación de pago de proveedores.
V. Certificación de pago de seguridad social.

Los anteriores documentos se verificaron por parte del suscrito en la regional Santander.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los 26 días del mes de diciembre de 2025.

HUGO ANDRES PABON VERA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO – GRUPO DE DIRECCIÓN
SUPERVISOR DESIGNADO CONVENIO 68004902025.
ICBF REGIONAL SANTANDER.

EDINSON ROJAS ZABALA
Contador Público
Especialista en Revisoría Fiscal y Auditoría Externa

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER - H.U.S.

IDENTIFICADO CON NIT. 900.006.037-4

CERTIFICA AL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF

QUE:

- La ESE Hospital Universitario de Santander canceló los aportes al sistema de: salud, pensiones y riesgos profesionales, a la caja de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), y se encuentran al día; dando cumplimiento a exigencia prevista en el Artículo No.50 de la Ley 789 de 2002.

- Las declaraciones de autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, relacionadas con los afiliados y a sus ingresos base de cotización, fueron presentadas en los términos de vencimiento a los plazos previstos, por lo tanto, no se encuentra en mora por dicho concepto.

- Por consiguiente, de acuerdo con el párrafo anterior, y teniendo como base de verificación la planilla integral de aportes del mes de NOVIEMBRE 2025 e información suministrada por la administración de la ESE HUS, se encuentra al día con el pago de salud, pensión, riesgos profesionales, caja de compensación, ICBF y SENA.

Se expide en Bucaramanga, a los veintiséis (26) días del mes de diciembre de 2025.

EDINSON ROJAS ZABALA
Revisor Fiscal
T.P.No.106634-T

Carrera 6 # 7-06 apto 503 - Condominio Rayenary de la Florida- Floridablanca
Tel.3166947245
revisoriafiscal@hus.gov.co

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER **Identificación:** NI-900006037 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2025-12-02 **Fecha limite de pago:** 2025-12-10 **Fecha de pago:** 2025-12-02 **Pagada por:** BANCO DAVIVIENDA **Período pensión:** 2025-11 **Período salud:** 2025-12 **Referencia de pago (PIN):** **Tipo de planilla:** E **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 35484412	**Pagada**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS SELECCIONAR NINGUNO
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	3	$115.800	$115.800	$0	$3.930.900	$3.930.900	☐
230301	800224808	PORVENIR	8	$203.700	$203.700	$0	$11.183.300	$11.183.300	☐
230901	800253055	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	1	$50.000	$50.000	$0	$1.698.500	$1.698.500	☐
231001	800227940	COLFONDOS	2	$30.300	$30.300	$0	$1.878.100	$1.878.100	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	30	$849.900	$849.900	$0	$36.994.600	$36.994.600	☐
Subtotal Pensión		5	44	$1.249.700	$1.249.700	$0	$55.685.400	$55.685.400	
EPS002	800130907	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	3	$0	$0	$0	$2.838.300	$2.838.300	☐
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	19	$0	$0	$0	$16.309.800	$16.309.800	☐
EPS010	800088702	EPS SURA	11	$0	$0	$0	$10.334.800	$10.334.800	☐
EPS017	830003564	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	1	$0	$0	$0	$820.700	$820.700	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	4	$0	$0	$0	$3.609.100	$3.609.100	☐
EPS042	900226715	Coop. de Salud y Desarrollo COOSALUD	1	$0	$0	$0	$1.046.800	$1.046.800	☐
EPS046	900914254	SALUD MIA EPS	2	$0	$0	$0	$1.911.300	$1.911.300	☐
MIN002	901037916	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS SS ADRES	2	$0	$0	$0	$3.217.700	$3.217.700	☐
RES006	890201213	Universidad Industrial de Sant.	1	$0	$0	$0	$1.463.400	$1.463.400	☐
Subtotal Salud		9	44	$0	$0	$0	$41.551.900	$41.551.900	
14-23	860011153	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	44	$0	$0	$0	$7.874.800	$7.874.800	☐
Subtotal ARL		1	44	$0	$0	$0	$7.874.800	$7.874.800	

CCF40	890201578	Caja de Compensacion Familiar COMFENALCO SANTANDER	44	$0	$0	$0	$14.889.100	$14.889.100	☐
Subtotal CCF		1	44	$0	$0	$0	$14.889.100	$14.889.100	
PASENA	899999034	SENA	43	$0	$0	$0	$7.445.600	$7.445.600	☐
PAICBF	899999239	ICBF	43	$0	$0	$0	$11.167.900	$11.167.900	☐
GRAN TOTAL				$1.249.700	$1.249.700	$0	$138.614.700	$138.614.700	

Imprimir Descargar Resumen

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES
Mes de noviembre de 2025

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF
Regional Santander
Bucaramanga

Yo, Edinson Rojas Zabala, identificado con cédula de ciudadanía No.13.746.891, en mi calidad de Revisor Fiscal de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, certifico que la entidad se encuentra a paz y salvo con todos sus proveedores de bienes y servicios, correspondiente al mes de noviembre de 2025, de conformidad con las políticas internas de pago establecidas por la institución.

La presente certificación se expide en el marco del Convenio Interadministrativo No.68004902025, suscrito entre el ICBF Regional Santander y la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, 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 constancia de lo anterior, se firma en Bucaramanga, a los veintiséis (26) días del mes de diciembre de 2025.

Atentamente,

Edinson Rojas Zabala
Revisor Fiscal
E.S.E. Hospital Universitario de Santander

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

106634-T



EDINSON
ROJAS ZABALA
C.C. 13 [illegible]

RESOLUCION INSCRIPCION 236 FECHA 2004/11/25
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PRESIDENTE

MIGUEL TIQUE PEÑA 116283



FIRMA DEL TITULAR 26483

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

8 9 A 9 8 C 6 1 3 D 7 E 9 B F 1

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 **EDINSON ROJAS ZABALA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 13746891 de BUCARAMANGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 106634-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 13.746.891
ROJAS ZABALA
APELLIDOS
EDINSON
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1980
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

23-DIC-1998 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2717400-00159642-M-0013746891-20090619 0012662012A 1 99825691

Yo, **HUGO ANDRES PABON VERA**

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	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	900006037				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	68004902025	FECHA SUSCRIPCIÓN	18 (día)	julio (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 (día) agosto (mes) 2025 (año)	HASTA	28 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	RESPONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	26 (día) diciembre (mes) 2025 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	4 DE 5
VALOR A PAGAR	$ 832.318.201,00	EN LETRAS	OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS UN PESOS MCTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) noviembre (mes) 2025 (año)	HASTA	30 (día) noviembre (mes) 2025 (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	188225	27	C-4602-1500-5-30205B-4102016-02	101- ATENCION Y PREVENCION A LA DESNUTRICION	02-02-02-009-003-05	$ 832.318.201,00

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:	DAVIVIENDA	NÚMERO DE CUENTA	0476 0015 0107	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

CLÁUSULA CUARTA. – DESEMBOLSOS:CLÁUSULA CUARTA. – DESEMBOLSOS: Para el segundo desembolso y en adelante los valores se cancelarán en mensualidades vencidas, de acuerdo con el número de usuarios realmente atendidos, previa entrega de todos los informes y soportes estipulados en la guía operativa, certificado de pago de seguridad social y parafiscales, y la certificación del supervisor del ICBF. El último pago estará sujeto, además, a la presentación de una certificación de entrega de los elementos de dotación adquirida con recursos del ICBF, por parte del Aliado al supervisor del convenio. Se expide la presente certificación el 26/12/2025 dado a que la ESE - HUS termino de presentar los respectivos soportes para el periodo mencionado el 23/12/2025.

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	$	832.318.201,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	$	-
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	832.318.201,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	832.318.201,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
HUGO ANDRES PABON VERA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO - GRUPO DE DIRECIÓN/ SUPERVISOR DESIGNADO.	SANTANDER	GRUPO DE DIRECCIÓN	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL: No se contó con este perfil durante la ejecución del convenio.

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
HUGO ANDDRE PABON VERA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO - GRUPO DE DIRECIÓN/ SUPERVISOR DESIGNADO.	SANTANDER	GRUPO DE DIRECCIÓN	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
HUGO ANDRES PABON VERA	GRUPO DE DIRECCION		26/12/2025

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Carrrera 33 # 28 -126 Teléfono 6910030
NIT 900.006.037-4
Bucaramanga

CUFE:b0ba849034d82f49f3bf8762a4123d91205f08da0dc34b7241f7b3829ca19b5635e99596db8ff4af813884440251a51a

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA HUS458554

26 dic. 2025 04:24 p. m.

CLIENTE INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF **CODIGO EPS** ICBF **NIT** 899999239
Dirección AK 68 64C 75 **Teléfono**
Plan U250051 INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No.68004902025 **Código IPS** 680010079201

Paciente 899999239 INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR **Tipo** Excepcion
Tipo Doc Cédula_Ciudadanía **Fecha Nac** 27/01/1991 **Edad** 34 Años / 10 Meses / 29 Día **Sexo** Masculino
Dirección AK 68 64C 75 **Teléfono** 6452525 **Ingreso** **341989**
Fec Ingreso 26 dic. 2025 04:06 p. m. **Fec Egreso** 26 dic. 2025 04:07 p. m. **Usuario** EVM

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
OTROS SERVICIOS					
2020H-4	Aunar esfuerzos humanos, técnicos, tecnológicos, administrativos y financieros para la implementación del Servicio Integrado de Atención 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	1,00	$ 832.318.201,00	$ 0,00	$ 832.318.201,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$ 832.318.201,00
VALOR CUOTA COPAGO Y/0 CUOTA MODERADORA	$ 0,00
VALOR ANTICIPO PAGADO POR EL USUARIO	$ 0,00
VALOR CUOTA DE COPAGO Y/O CUOTA MODERADORA ASUMIDA POR EL USUARIO	$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	$ 832.318.201,00

TOTAL: OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

NOTAS FINALES:

ERIKA VANESSA MACIAS IRREÑO

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764098334481 DEL 08 sep. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL HUS417.102 AL HUS500.000. VIGENCIA 08 sep. 2025-08 mar. 2027

LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO TAL COMO LO DISPONE EL ARTICULO 774 DEL CODIGO DEL COMERCIO Y UNA VEZ VENCIDO EL PLAZO PARA CANCELAR A QUE SE REFIERE LA LEY 1122 DE 2007, SE CAUSARAN INTERESES MORATORIOS EN LA CUANTIA FIJADA POR LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA . SOMOS ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y RETENEDORES I.V.A.