Yo, **RUTH ZOLANY MORA GUTIERREZ**

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	**CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**800,180,176**				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	1020442024	FECHA SUSCRIPCIÓN	26 (día)	julio (mes)	2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 29 (día) julio (mes) 2024 (año)	HASTA	26 (día) diciembre (mes) 2024 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	15 (día) octubre (mes) 2025 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Reserva presupuestal	PAGO No:	2	DE	
VALOR A PAGAR	$ 140,480,500.00	EN LETRAS	Ciento Cuarenta Millones Cuatrocientos Ochenta Mil Quinientos Pesos M/Cte.		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) noviembre (mes) 2024 (año)	HASTA	26 (día) diciembre (mes) 2024 (año)		

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ACCIONES COMPLEMENTARIAS DE MEJORAMIENTO	645524	27	C-4699-1500-2-53105B-4199053-02	192	A-02-02-09-009-003-01	$ 140,480,500.00
			TOTAL			**$ 140,480,500.00**

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:	BANCOLOMBIA S.A.	NÚMERO DE CUENTA	11308857721	TIPO DE CUENTA	CORRIENTE

3. OBSERVACIONES

FACTURA NO. FEC 81331

LOS PAGOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE REALIZAN DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS ENTREGADOS EN REGIONALES, EN EL PERIODO DE PAGO QUE SE SOLICITA DE ACUERDO CON LO SEÑALADO EN EL CONTRATO SUSCRITO, PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICO-OCUPACIONALES CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y/O PSICOSOCIAL, EXÁMENES PSICOSENSOMÉTRICOS, Y COMPLEMENTARIOS DE OPTOMETRÍA, AUDIOMETRÍA, ESPIROMETRÍA, PRUEBA DE ALCOHOLEMIA Y PERFIL LIPIDICO.
DE LA MISMA MANERA, SE INFORMA QUE EL VALOR QUE SE ORDENA PAGAR CORRESPONDE A LOS GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y OPERACIÓN

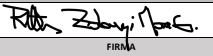
4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR	$ -	A	EN LETRAS		
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -		CUOTA NÚMERO		DE

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	$ 140,480,500.00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 140,480,500.00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	**$ 140,480,500.00**

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
RUTH ZOLANY MORA GUTIERREZ	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	SEDE DE LA DIRECCION GENERAL	GRUPO DE DESARROLLO DE TALENTO HUMANO	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
HUBER RAFAEL GARCIA CUERO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	SEDE DE LA DIRECCION GENERAL	DIRECCION DE GESTION HUMANA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
HUBER RAFAEL GARCIA CUERO	DIRECCION DE GESTION HUMANA		15/11/2024

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012