| ADICIÓN Y MODIFICACION N° 1 | |
|---|---|
| **CONVENIO N°** | 4600017329 |
| **CONVENIENTE APORTANTE** | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA DE CACERES |
| **CONVENIENTE EJECUTOR** | DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA – SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
| **OBJETO** | FINANCIAR LOS GASTOS DE OPERACIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ISABEL LA CATÓLICA DE CÁCERES, REPRESENTADOS EN GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y DE SERVICIOS PARA LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA ENTIDAD, DESTINADOS A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. |
| **VALOR** | SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS M/L **($694.236.904)** |
| **PLAZO** | CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DÍAS CALENDARIO, CONTADOS A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO, SIN SUPERAR EL 20 DE DICIEMBRE DE 2024 |
| **ESTUDIOS PREVIOS** | 15878 |

Entre los suscritos a saber: **MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 22.059.686 de Santa Rosa de Osos, actuando en calidad de **SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD**, nombrada en propiedad mediante Decreto Departamental N°22024070000001 del 01 de enero de 2024, facultada para la celebración de contratos mediante Decreto Departamental N°2021070000528 del 01 de febrero del 2021, quien para los efectos de este contrato se denominará **EL DEPARTAMENTO – SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA - SSSYPSA**, de una parte y de la otra, **ROBINSON RAFAEL TOVAR SOLANO**, también mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 8.635.794 de Sabanalarga, quien en su calidad de **Gerente** de **E.S.E. HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA DE CACERES, nombrado mediante Decreto N°041 del 26 de marzo de 2024, expedida por el Alcalde Municipal de CACERES,** debidamente facultado para contratar de conformidad con el acuerdo No.007 del 21 de septiembre de 2020 expedido por la Junta Directiva de la **E.S.E. HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA DE CACERES**; la cual es una institución pública con experiencia en el sector como Empresa Social del Estado, quien en adelante se llamará **LA ESE,** hemos acordado realizar adición y modificación N° 1 al convenio de asociación Nro. 4600017329, de conformidad con las cláusulas que se consignan, previas las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que el día 09 de agosto de 2024 se suscribió el convenio de asociación No. 4600017329 entre **EL DEPARTAMENTO – SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA** y **la E.S.E HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA DE CACERES**, por un valor de SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS M/L **($694.236.904)**. y un plazo de cinco (05) meses y veinte (20) días, contados a partir de la suscripción del acta de inicio sin superar el 20 de diciembre de 2024. **2)**. Que, mediante acta de inicio, se estableció el plazo del contrato desde el día 21 de agosto de 2024 y fecha de terminación del 20 de diciembre de 2024. **3)** Que mediante el Decreto D 202407002496 del 21 de mayo de 2024 se

incorporaron al presupuesto de la entidad territorial los saldos de caja y bancos correspondientes al balance del 31 de diciembre de 2023, los cuales están disponibles para su ejecución en la presente vigencia como recursos del componente de subsidio a la oferta del Sistema General de Participaciones (SGP).**4)** Que una vez *aplicados los criterios de distribución y asignación* de los recursos de subsidio a la oferta, establecidos en la Resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, a la ESE Hospital Isabel La Católica de Cáceres, le correspondieron $121.678.524 **5).** Que la supervisión del presente convenio solicitó mediante el diligenciamiento del formato FO-M7-P6-008, adicionar y modificar el convenio de asociación N°46000017329, de acuerdo con la distribución y y asignación aprobada por el ministerio de salud y protección social mediante oficio con radicado No. 2024010490338 de octubre 25 de 2024 y así completar el 100% de los recursos que le corresponden a la **E.S.E HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA DE CACERES 6)** Que se requiere modificar la **CLAUSULA QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS 7)** Que se requiere **adicionar el convenio en CIENTO VEINTIUN MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/L $121.678.524** excluido de IVA, que corresponde al 17.5269% del valor total del convenio. **8).** Que la presente adición y modificación fue recomendada por el Comité Interno de Contratación de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia el día 20 de noviembre de 2024 tal como consta en su acta No. 61 y por el Comité de Orientación y Seguimiento llevada a cabo el 3 de diciembre de 2024 en sesión N° 109

De acuerdo con lo anterior las partes **ACUERDAN:**

**CLÁUSULA PRIMERA**: Modificar la CLAUSULA **QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS** adicionando el recurso **$121.678.524**, quedando un total de **OCHOCIENTOS QUINCE MILLONES NOVECIENTOS QUINCE MIL CUATROSCIENTOS VEINTIOCHO PESOS ($815.915.428)** Exento de IVA, respaldado con la siguiente apropiación presupuestal:

| CDP y FECHA CREACION | RUBROS | RPC y FECHA IMPRESIÓN |
|---|---|---|
| 3500055109 fecha 13/11/2024 | 2320202008/131D/4-PS3031/C19032/01-0105<br><br>SGP - SALUD - SALUD PUBLICA<br><br>Proyecto: 01-0105/006>008 MejorAccesServSaludResidenteDeptoDeAntioquia<br><br>Valor $121.678.524 | 4500063874 del 05/12/2024 por valor de $121.678.524 |

**CLÁUSULA SEGUNDA:** Modificar LA CLÁUSULA QUINTA *del contrato principal* la cual quedará así: **CLÁUSULA QUINTA: FORMA DE DESEMBOLSO** agregando **PARAGRAFO:** Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del conveniante y de la supervisión, de los requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio. El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el

numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor

**CLÁUSULA TERCERA**: **VIGENCIA DE LAS CLÁUSULAS**. Quedan vigentes todas las cláusulas contenidas en el contrato Principal que no sean contrarias al presente documento.

**CLÁUSULA CUARTA**: **PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN**. El presente documento se perfecciona con la firma de las partes y aprobación de las Garantías.

**CLÁUSULA QUINTA. DOCUMENTOS DE LA MODIFICACIÓN.** Una vez perfeccionada, se deberán anexar los siguientes documentos para su legalización: 1) Justificación para la modificación al contrato. 2) Informe de seguimiento de la supervisión a la contratación estatal. 3) Anexo Técnico.4) Aceptación del contratista para modificación al contrato y demás documentos aportados por el **CONVENIANTE**

**CLÁUSULA SEXTA: DOMICILIO**. Para todos los efectos a que dé lugar el desarrollo del presente documento, se fija como domicilio el Municipio de Medellín.

Para constancia se firma en Medellín, a los 11 DIC 2024

**MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO**
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
EL DEPARTAMENTO

**ROBINSON RAFAEL TOVAR SOLANO**
E.S.E. HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA DE CACERES
LA E.S.E

| | NOMBRE | FIRMA | FECHA |
|---|---|---|---|
| Proyectó | Maria Camila Saldarriaga Bedoya<br>Profesional Universitario-Fudea | Camila Saldarriaga | |
| Aprobó: | Carolina Chavarría Romero<br>Directora Asuntos Legales- Salud | | |

| GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA<br>República de Colombia | **JUSTIFICACIÓN PARA MODIFICACIÓN AL CONTRATO / CONVENIO** | Código: FO-M7-P6-008<br>Versión: 02<br>Fecha de aprobación: 22/04/2024 |
|---|---|---|

## 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO / CONVENIO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO** | | NÚMERO | 4600017329 |
| **CONVENIO** | X | FECHA DE SUSCRIPCIÓN | 09/08/2024 |
| **OBJETO:** Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital Isabel la Católica de Cáceres, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud | | | |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP** | | | 15878 |
| **CONTRATISTA / ASOCIADO** | | NOMBRE | Empresa Social del Estado Hospital Isabel La Católica de Cáceres |
| | | C.C. / CE / NIT | 890982430-6 |
| **VALOR [$]** | | INICIAL | SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS M/L **($694.236.904)** |
| | | VALOR ADICIONADO | N/A |
| | | PORCENTAJE ADICIONADO | N/A |
| | | VALOR ACTUAL CON ADICIONES | **$694.236.904)** |
| **PLAZO** | | INICIAL | Cinco (5) meses y veinte (20) días calendario, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024 |
| | | INICIO | Fecha 21/08/2024 |
| | | TERMINACIÓN INICIAL | Fecha 20/12/2024 |
| | | PRÓRROGAS | N/A |
| | | SUSPENSIONES | N/A |
| **FECHA DE TERMINACIÓN ACTUAL** | | | 20/12/2024 |

| | | |
|---|---|---|
| **INFORME DE SEGUIMIENTO ADJUNTO** | Informe No.3 | 15/10/2024 Actualizado y publicado en SECOP |

## 2. INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD

| **ÍTEM No. 1** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE MODIFICACIÓN | | | | | |
| VALOR | X | PLAZO | | CLÁUSULA O TEXTO | |
| SUSPENSIÓN | | REANUDACIÓN | | | |
| SOLICITUD | *Se solicita adición al contrato* 4600017329<br>- Por valor de **$121.678.524**<br>- 17.5269% con relación con el valor inicial del contrato | | | | |

| | |
|---|---|
| | - *Valor contrato con adición:* **$815.915.428** |

| **ÍTEM No. 2** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE MODIFICACIÓN | | | | | |
| VALOR | | PLAZO | | CLÁUSULA O TEXTO | X |
| SUSPENSIÓN | | REANUDACIÓN | | | |
| SOLICITUD | - Agregar a la **CLAUSULA QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS**, el siguiente texto:<br><br>- Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del conveniante y de la supervisión, de los requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio.<br><br>- El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor.<br><br>La modificación de la cláusula quinta, forma de desembolso de los recursos, se debe hacer para definir cómo se hará el pago de los recursos adicionados al Convenio y para precisar que, con el último pago programado en el mismo, se está dando cumplimiento al numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024.<br><br>- **La cláusula quinta del Convenio, quedará así:**<br><br>**CLAUSULA QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS:** El giro de los recursos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, será realizado por la Dirección Administrativa y Financiera de la SSSA, de acuerdo con las doceavas giradas al Departamento de Antioquia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y la disponibilidad de los mismos en el PAC, previa verificación del cumplimiento de las obligaciones por parte de la Empresa Social del Estado, que deben evidenciarse en el informe de supervisión. Para el pago, se debe presentar la siguiente documentación:<br><br>1) Informe de seguimiento a la Contratación Estatal elaborado por el supervisor del convenio en el cual conste que el conveniado presentó los soportes de información requerido.<br>2) Certificación del supervisor del convenio, donde conste que el conveniado presentó a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia el Plan de Inversión que realizará la con los recursos del subsidio a la oferta y que dicho plan fue aprobado por la Secretaría.<br>3) Certificado de la cuenta bancaria maestra de ahorros, en la cual se hará la transferencia de los recursos de subsidio a la oferta.<br>4) Certificado de estar a paz y salvo con los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, Caja de Compensación Familiar, ICBF y Sena, expedido por el Revisor Fiscal, fotocopia de la cedula de revisor fiscal, tarjeta profesional del | | | | |

| | |
|---|---|
| | revisor fiscal y copia del certificado de Junta Central de Contadores, igualmente se debe incluir la Planilla Integrada Liquidación de Aportes (PILA), con fecha correspondiente al mes en que se realiza la transacción Los requisitos 2 y 3, sólo se necesitan para el primer desembolso.<br><br>**DEDUCCIONES Y RETENCIONES:** Se debe tener en cuenta que el convenio a suscribir no tendrá retenciones por Estampillas por tratarse de un Convenio entre instituciones estatales.<br>De acuerdo con el Instructivo tributario para los procesos contractuales del Departamento de Antioquia en su numeral 5.9 Convenios interadministrativos, numeral 5.9.1.3 Estampillas, expresa que las retenciones por concepto de estampilla se deben tener en cuenta la Ordenanza 29 de 2017 y sus modificaciones, posteriores, que exceptúa del pago las cuentas u órdenes de pago que provengan de Contratos y convenios celebrados entre entidades oficiales.<br>Tasa pro Deporte y Recreación, de acuerdo con la Ley 2023 del 23 de julio de 2020 y la Ordenanza 41 de 16 de diciembre de 2020, toda persona natural o jurídica que suscriba Convenios o negocie en forma ocasional, temporal o permanente~ los suministros, obras, asesorías, consultorías, provisiones e intermediaciones y demás formas contractuales que celebren con la Administración Central del Departamento, Municipio o Distrito, sus Establecimientos Públicos, las Empresas Industriales y Comerciales, y Sociales del Estado de la Entidad Territorial respectiva y/o sus entidades descentralizadas que posean capital social superior al 50% y las entidades descentralizadas indirectas. ' se constituirán en agentes recaudadores de la Tasa Pro Deporte y Recreación<br><br>Descuento de la Tasas Pro Deporte y Recreación será del 1% del valor total del Convenio, determinado en comprobante de egreso o el valor del Convenio, que se establezca entre el Departamento de Antioquia y las personas naturales o jurídicas públicas o privadas.<br><br>Adicionalmente, el conveniante deberá dar cumplimiento a la verificación del registro y/o actualización de la Información Tributaria - RIT- para efectos del recaudo de Impuesto de Industria y Comercio en las Oficinas de Industria y Comercio de los Municipios donde se ejecutará el Convenio, situación que igualmente deberá verificarse por parte de la Supervisión del Convenio antes de la suscripción del acta de Inicio y/o antes de cada pago.<br><br>En todo caso, el conveniante deberá tener en cuenta las retenciones a que haya lugar conforme a la normatividad y /o reintegrar al Departamento aquellos valores por Tasas que efectúe en su calidad de AGENTE RETENEDOR.<br><br>El Departamento de Antioquia a través de la Secretaría de Hacienda, procederá de conformidad con la normatividad tributaria vigente, a deducir y/o retener de cada pago los impuestos, estampillas, tasas, contribuciones a que haya lugar.<br><br>Los desembolsos estarán supeditados a la existencia de recursos en el PAC: |

PAC FORMA DE PAGO

| **FONDO** | **0-PS3031** | **A-PS3031** |
|---|---|---|
| JULIO | 438.102.000 | 3.679.144 |
| AGOSTO | 62.586.000 | 525.592 |
| SEPTIEMBRE | 62.586.000 | 525.595 |
| OCTUBRE | 62.586.000 | 525.595 |
| NOVIEMBRE | 28.595.389 | 525.595 |
| DICIEMBRE | 34.000.000 | 0 |

- Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del conveniante y de la supervisión, de los requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio.
-
- El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor.

## 3. JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Se solicita adición del 17.5269% % (**$121.678.524**) al convenio 4600017329, de acuerdo con la distribución y asignación aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante oficio con radicado No. 2024010490338 de octubre 25 de 2024, que se adjunta.

El valor de la presente adición corresponde a recursos del balance de saldos de caja y bancos al 31 de diciembre de 2023, incorporados al presupuesto de la entidad territorial mediante **Decreto D 202407002496** de mayo 21 de 2024, disponibles para ser ejecutados en la presente vigencia como recursos del componente de Subsidio a La Oferta del SGP y que una vez aplicados los criterios de distribución y asignación de los recursos de subsidio a la oferta, establecidos en la Resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, a la ESE Hospital Isabel la Católica del municipio de Cáceres, le correspondieron $121.678.524 Con este valor adicionado al contrato 46000017329, se completa el 100% de los recursos que le corresponden a este Hospital por concepto del SGP componente subsidio a la oferta, los cuales se deben destinar para los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud.

Al momento de iniciar el proceso contractual para ejecutar los recursos asignados al departamento del componente SGP Subsidio a la Oferta en 2024, no se habían incorporado al presupuesto de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia la totalidad de los recursos; pero considerando la importancia de estos recursos para aportar a la liquidez de los hospitales de municipios no certificados, que son monopolio en su jurisdicción para ciertos servicios de salud que son trazadores, se inició la gestión de los convenios con los recursos incorporados al presupuesto de la SSSA hasta esa fecha; entendiendo que, una vez se realizara la incorporación de la totalidad de los recursos de subsidio oferta, era preciso solicitar la adición de los convenios y completar el 100% de los aportes del departamento para concurrir en la financiación de los gatos de operación de los hospitales de los municipios no certificados de Antioquia en 2024.

El Decreto D 202407002496 de mayo 21 de 2024, Artículo 19, adicionó el presupuesto de ingresos de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social en $104.596.098.591; de los cuales **$1.127.257.128,** corresponden a superávit fiscal excedentes Sistema General de Participaciones – SGP Oferta; con los cuales, una vez aprobada la distribución presentada al Ministerio de Salud y Protección Social, se procede a solicitar la presente adición por el valor que le corresponde al Hospital Isabel la Católica del municipio de Cáceres $121.678.524.

Los recursos de la presente adición, se pagarán en el mes de octubre de 2024, sumados con el pago que por este mes le corresponde al Hospital, una vez la supervisión certifique el cumplimiento de los requisitos para el pago definidos en el convenio.

Los recursos del SGP componente subsidio a la oferta que recibe el departamento de Antioquia, tienen destinación específica y se le asignan a las instituciones de salud de municipios no certificados que hacen parte del listado de instituciones monopolio de servicios trazadores publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social en su página web (https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/Sistema-General-de-Participaciones---Prestacion-de-servicios.aspx ). La ejecución de los mismos se hace de acuerdo con lo establecido en el Decreto 268 de 2020 y la Resolución 484 de 2024.

## 4. ANEXOS

Se anexan a la presente solicitud los siguientes documentos:

- Formato Lista de chequeo de modificación
- Solicitud o aceptación del contratista o asociado para la modificación al contrato o convenio.
- Informe de seguimiento a la contratación No. 3 del 17/10/2024
- - CDP 3500055109 de fecha 13.11.2024 por valor de $121.678.524
- - Certificado del Banco de Proyectos actualizado y vigente cuando se trate de proyectos de inversión.
- - Aprobación Ministerio propuesta distribución de recursos del Balance SGP Subsidio Oferta – 23/10/2024
- **Decreto D 202407002496** de mayo 21 de 2024

**Documentos del contratista** · Constancia de consultas:

- Contraloría General de la República: Boletín de Responsables Fiscales del representante legal y NIT.
- Procuraduría General de la Nación: Antecedentes disciplinarios vigentes del representante legal y NIT.
- Policía Nacional de Colombia: Antecedentes judiciales vigentes y
- Certificado de medidas correctivas del del representante legal.
- Certificado actualizado del pago de seguridad social y parafiscal.

## 5. ADICIÓN, AMPLIACIÓN O MODIFICACIÓN DE GARANTÍAS

| | |
|---|---|
| **GARANTÍA / PÓLIZA No.** | *N/A* |
| **No. ANEXO** | *N/A* |
| **TIPO DE AMPARO** | *N/A* |
| **PÓLIZA RCE** | *N/A* |
| **TIPO DE MODIFICACIÓN** | *Adición* |

Para constancia, se firma la presente justificación el: 02/12/2024

**LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA**
SUPERVISORA

**Firma VoBo**
**NOMBRE:** JUAN DAVID BERRIO VARGAS
Director de Aseguramiento y Prestación de Servicios

| GOBERNACION DE ANTIOQUIA<br>REPÚBLICA DE COLOMBIA | **INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN ESTATAL** | Código: FO-M7-P6-016<br>Versión: 03<br>Fecha de aprobación: 22/04/2024 |
|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE INFORME** | No. 3 | | | | | |
| **SUPERVISIÓN** | X | | | | | |
| **INTERVENTORÍA** | ☐ | | | | | |
| **TIPO DE INFORME** | **PARCIAL** | ☐ | **PARA PAGO** | X | **FINAL** | ☐ |
| **PERIODO DE INFORME** | Desde: | 01/10/2024 | | Hasta: | 31/10/2024 | |
| **PERIODO PARA PAGO** | Desde: | 01/09/2024 | | Hasta: | 31/10/2024 | |

## 1. INFORMACIÓN GENERAL E HISTORIAL DEL CONTRATO / CONVENIO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO CONVENIO** | ☐ | **NÚMERO:** | **4600017329** | |
| | X | **FECHA DE SUSCRIPCION:** | 09/08/2024 | |
| **MODALIDAD DE SELECCIÓN:** | | | Contratación Directa – Convenio de Asociación Ley 489 | |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:** | | | 15878 | |
| **FECHA DE INICIO DEL CONTRATO/CONVENIO:** | | | 21/08/2024 | |
| **OBJETO:** Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital Isabel La Católica de Cáceres, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. | | | | |
| **ORGANISMO CONTRATANTE /CONVENIANTE:** | | | Departamento de Antioquia – Secretaría de Salud de Antioquia, Dirección de Aseguramiento y Prestación de Servicios de salud | |
| **CONTRATISTA / CONVENIANTE** | NOMBRE: | | E.S.E. HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA | |
| | NIT | | 890.982.430-6 | |
| **VALOR** [$]: | INICIAL: | | **SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS M/L ($694,236,904)** | |
| | ADICIONES | **No.** | **VALOR ADICIONADO** | **% DE ADICION** |
| | | | "N/A" | "N/A" |
| | VALOR TOTAL: | | **SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS M/L ($694,236,904)** | |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | RPC NUMERO: | | 4500063306 | |
| | FECHA DE LIBERACION (IMPRESIÓN): | | 31/07/2024 | |
| **VALOR Y PORCENTAJE DE ANTICIPO:** | | | N/A | |
| **PLAZO:** | INICIAL | | La duración del presente convenio será de cinco (5) meses y veinte (20) días, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024. | |
| | | | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACION** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | PRÓRROGAS | | 21/08/2024 | 20/12/2024 | |
| | | No. | TIEMPO PRORROGADO | NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN | |
| | | | N/A | N/A | |
| HISTORICO DE SUSPENSIONES: | | No. | FECHA INICIO SUSPENSIÓN | FECHA REANUDACIÓN | FECHA DE TERMINACION |
| | | | N/A | N/A | N/A |
| FECHA DE TERMINACIÓN ACTUAL | | N/A | | | |
| TIENE GARANTÍAS VIGENTES, ACTUALIZADAS Y APROBADAS | | | | N/A | |
| | | | | | |
| SUPERVISOR(ES)/ INTERVENTOR | NOMBRE(S)/ RAZON SOCIAL: | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA | | | |
| | NUMERO CONTRATO INTERVENTOR: | N/A | | | |
| | | | | | |
| % DE EJECUCIÓN FÍSICA | | 50% | | | |
| % DE EJECUCIÓN DE RECURSOS | | 90.9% | | | |

## 2. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, ACTIVIDADES O COMPROMISOS DE LAS PARTES

Para el pago, se debe presentar la siguiente documentación:
1) Informe de seguimiento a la Contratación Estatal elaborado por el supervisor del convenio en el cual conste que el conveniado presentó los soportes de información requerido.
2) Certificación del supervisor del convenio, donde conste que el conveniado presentó a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia el Plan de Inversión que realizará la con los recursos del subsidio a la oferta y que dicho plan fue aprobado por la Secretaría.
3) Certificado de la cuenta bancaria maestra de ahorros, en la cual se hará la transferencia de los recursos de subsidio a la oferta.
4) Certificado de estar a paz y salvo con los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, Caja de Compensación Familiar, ICBF y Sena, expedido por el Revisor Fiscal, fotocopia de la cedula de revisor fiscal, tarjeta profesional del revisor fiscal y copia del certificado de Junta Central de Contadores, igualmente se debe incluir la Planilla Integrada Liquidación de Aportes (PILA), con fecha correspondiente al mes en que se realiza la transacción.

### 2.1. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, ACTIVIDADES O COMPROMISOS DEL CONTRATISTA/CONVENIANTE EJECUTOR.

### 2.1.1. EJECUCIÓN FÍSICA Y FINANCIERA DE LOS CONVENIOS/CONTRATOS DERIVADOS DE CONFORMIDAD CON LO INFORMADO POR EL CONVENIANTE O CONTRATISTA EJECUTOR

Los desembolsos estarán supeditados a la existencia de recursos en el PAC.

PAC FORMA DE PAGO

| FONDO | 0-PS3031 | A-PS3031 |
|---|---|---|
| JULIO | 438.102.000 | 3.679.144 |
| AGOSTO | 62.586.000 | 525.592 |

| | | |
|---|---|---|
| SEPTIEMBRE | 62.586.000 | 525.592 |
| OCTUBRE | 62.586.000 | 525.595 |
| NOVIEMBRE | 28.595.389 | 525.595 |
| DICIEMBRE | 34.000.000 | 0 |

| | |
|---|---|
| **% DE EJECUCIÓN FÍSICA CONSOLIDADA DE LOS CONTRATOS/CONVENIOS DERIVADOS** | El porcentaje de ejecución física consolidada del convenio con este informe, esta en un 50%. |
| **% DE EJECUCIÓN FINANCIERA CONSOLIDADA DE LOS CONTRATOS/CONVENIOS DERIVADOS** | El giro de los recursos se realiza de acuerdo con las doceavas giradas al departamento de Antioquia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y la disponibilidad de los mismos en el PAC. Para este informe la ejecución financiera es del 90.9%. |

## 2.1.2. SEGUIMIENTO TÉCNICO DEL CONTRATO/CONVENIO:

| OBLIGACIONES/COMPROMISOS PACTADOS DEL COMPONENTE TÉCNICO | % EJECUCIÓN DEL PERIODO INFORMADO | % EJECUCIÓN ACUMULADO | MEDIO DE VERIFICACIÓN | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| **1).** Garantizar la operación y la prestación del servicio de salud en la institución, de acuerdo con los horarios definidos y los servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores (REPS); incluyendo la prestación del servicio de urgencias las 24 horas del día, los 7 días de la semana. De tal forma que la sede opere y preste sus servicios en condiciones de calidad para la población de su jurisdicción. | **100%** | **100%** | PC/Informe seguimiento / carpeta física | La ESE Hospital Isabel la Católica cuenta con portafolio actualizado en el REPS hasta el 2025 Anexan autoevaluación con fecha |
| **2)** Cumplir las normas generales que aplican para los prestadores de servicios de salud en Colombia y aplicar las directrices que son emitidas por los organismos de regulación y de control del sector. | **100%** | **100%** | PC/Informe seguimiento / carpeta física | La ESE realiza reportes normativos al MSP, Supersalud, Contraloría, CHIP |
| **3)** Atender los pacientes que sean clasificados como sospechosos o que sean confirmados con diagnóstico de la enfermedad COVID-19, cumpliendo estrictamente los protocolos y las directrices emanados del Ministerio de Salud y Protección Social. | **100%** | **100%** | PC/Informe seguimiento / carpeta física | La ESE cuenta con protocolos de bioseguridad, limpieza y desinfección, plan gestión de residuos |
| **4)** Cumplir con la totalidad de los reportes establecidos en el Sistema de Información para la Salud, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con los procesos de atención a las personas en cada uno de los servicios de la institución, incluyendo | **100%** | **100%** | PC/Informe seguimiento / carpeta física | Se carga oportunamente el PISIS y SIHO |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| los reportes de gestión de la demanda inducida y las acciones de protección específica y detección temprana definidos en la resolución 4505 de 2012 que apliquen para la población no afiliada de Antioquia. | | | | |
| 5) Dar cumplimiento estricto a lo establecido en el Decreto 064 de 2020.Por el cual se modifican artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13; 2.1.5.1; 2.1 2.1.7.7. 2.1.7.8. y 2.1.3.17 y se adicionan los artículos 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 2016, en relación con los afiliados al Régimen Subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones.<br>Igualmente cumplir con lo establecido en el Decreto 616 de 2022 que incorpora la contribución solidaria como mecanismo de afiliación al Régimen Subsidiado.<br>En coherencia con lo anterior, toda persona que solicite atención en salud en la institución y cumpla los requisitos para ser afiliado al Régimen subsidiado, debe afiliarse y ser atendida con cargo a los recursos del aseguramiento, facturando las atenciones a la Entidad administradora de Planes de Beneficios que tenga presencia en el municipio. El Prestador realizará el trámite establecido para garantizar lo anterior. | **100%** | **100%** | PC/Informe seguimiento / carpeta física | Se realizan afiliaciones a los usuarios a las EAPB del municipio en caso no de no tener afiliación |
| 6) Aplicar lo establecido en la Resolución 1178 de 2021, en lo que corresponda a los prestadores de servicios de salud, una vez se expida la reglamentación específica por parte de la autoridad competente, en materia de trámites para facilitar la afiliación de la población migrante en condición irregular, con ocasión de la expedición del Estatuto de Protección Temporal para Migrantes Venezolanos. | **100%** | **100%** | PC/Informe seguimiento / carpeta física | Se realizan afiliaciones a los usuarios a las EAPB del municipio en caso no de no tener afiliación |
| **TOTAL** | | | | |

**2.1.2.1 SEGUIMIENTO COMPONENTE SOCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO:**
N/A.

**2.1.2.2 SEGUIMIENTO COMPONENTE AMBIENTAL DEL CONTRATO/CONVENIO:**
N/A.

### 2.1.2.3 SEGUIMIENTO AL COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL CONTRATO/CONVENIO:

Para el desarrollo del convenio deberá tener implementado el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), y además tener en cuenta las normas que regulan el tema de Seguridad y Salud en trabajo, entre las cuales están:

· Decreto 1072 de 2015 #Único reglamentario del sector trabajo#
· Resolución 0312 de 2019 #Por la cual se definen estándares mínimos del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo#
· Decreto ley 1295 de 1994 #Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales#
· Ley 1562 de 2015 #Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional#.
· Manual de Salud y Seguridad en el Trabajo del Departamento de Antioquia.

**Nota:** El SST debe ser implementado por las personas jurídicas y por las personas naturales que tengan personal a cargo conforme a los requisitos señalados en la Resolución 0312 de 2019. Para ello deberá presentar la autoevaluación vigente debidamente firmada por el representante legal y el responsable del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, junto con su tarjeta profesional vigente.
El Departamento de Antioquia podrá en cualquier momento pedir información adicional que permita verificar los requisitos de la autoevaluación o el cumplimiento de la normatividad en estándares de Seguridad y Salud en el Trabajo.

### 2.1.3. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO Y LEGAL DEL CONTRATO/CONVENIO:

| OBLIGACIONES/COMPROMISOS PACTADOS DEL COMPONENTE ADMINISTRATIVO Y LEGAL | CUMPLE/NO CUMPLE | MEDIO DE VERIFICACIÓN | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|
| 1) Presentar al Supervisor del convenio los soportes que den cuenta de que se encuentra a paz y salvo con el pago de sus obligaciones frente a la seguridad social, riesgos profesionales, pensiones y aportes parafiscales, conforme al articulo 50 de la ley 789 de 2002 y articulo 1 de la Ley 828 de 2003 y demás normas que apliquen; si quien certifica es contador o revisor fiscal, presentar copia cedula ciudadanía, copia de la Tarjeta Profesional y certificado de la Junta Central de Contadores vigente. | CUMPLE | SECOPII y Carpeta del expediente físico | **Se anexa soporte** |
| 2) Realizar los ajustes presupuestales y contables a que haya lugar, frente a la ejecución de los recursos del componente de Subsidio a la Oferta del Sistema General de Participaciones en Salud asignados en el marco del presente convenio. | Pendiente Validar | | |
| 3) Presentar una vez firmado el convenio, la certificación de la cuenta **bancaria de ahorros** de uso exclusivo para los recursos del subsidio a la oferta, a la cual se hará la transferencia de los recursos asignados. Los rendimientos financieros que se generen deben ser devueltos a la Gobernación de Antioquia al final de la vigencia. | CUMPLE | Certificado Bancario de la cuenta de ahorros de la institución /carpeta expediente físico del convenio | Esta cuenta debe generar rendimientos financieros, a reintegrar al final del periodo a cuenta maestra de la SSSA. |
| 4) Cumplir los indicadores y metas establecidos en la | Pendiente | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Resolución 484 de 2024: Artículo 5. Indicadores y metas. Las metas que se definen para los indicadores de que trata el artículo 2.4.2.7. del Decreto 780 de 2016 sustituido parcialmente por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020; o la norma que la modifique, adicione o derogue. | Validar | | |
| 5) Elaborar una propuesta de inversión de los recursos del subsidio a la oferta asignados mediante el presente convenio, la inversión debe estar orientada a fortalecer la operación de la prestación de servicios de salud, con especial énfasis en el talento humano institucional. La misma debe ser presentada en los primeros 10 días de vigencia contractual a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia a través de la Supervisión del convenio, para su revisión y aprobación de la inversión de los recursos; | CUMPLE | Plan de inversión de los recursos de Subsidio a la oferta y acta de aprobación del Plan | El plan fue revisado y aprobado mediante acta debidamente firmada por el director de Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud, por el rol técnico y por la supervisora del convenio. |
| 6) Ejecutar los recursos del convenio en concordancia con la propuesta aprobada por la Secretaría y entregar a la supervisión los soportes de dicha ejecución. | Pendiente Validar | | |
| 7) Cumplir con los requisitos para la prevención de accidentes y enfermedades laborales del personal propio y/o el de los subcontratistas de acuerdo con lo establecido en el Código Sustantivo del Trabajo y demás normas que rijan la materia, dando aplicación en lo que corresponda al Manual de Seguridad y Salud en el Trabajo dirigido a Contratistas del Departamento de Antioquia | Pendiente Validar | | |

## 2.2. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, ACTIVIDADES O COMPROMISOS DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.

| OBLIGACIONES/COMPROMISOS PACTADOS | CUMPLE/NO CUMPLE | MEDIO DE VERIFICACIÓN | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|
| **1)** Incorporar en el presupuesto de la actual vigencia, los recursos que se comprometen en el presente convenio | CUMPLE | Decreto 2023070005515 del 15 dic 2023 Presupuesto Inicial 2024 y Decreto 2024070002625 del 30/05/2024 Adición recursos once doceavas | Información que puede ser validada en la Dirección Administrativa y Financiera |
| **2)** Emitir certificado de disponibilidad presupuestal | CUMPLE | SECOPII y Carpeta del expediente físico | |
| **3)** Designar el supervisor del Convenio | CUMPLE | SECOPII y Carpeta del expediente físico | |
| **4)** Realizar seguimiento, verificación y control del cumplimiento de los indicadores, metas y las obligaciones pactadas y la liquidación del convenio | EN PROCESO | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **5)** Realizar los ajustes presupuestales, contables y de tesorería que se requieran para garantizar la adecuada ejecución de los recursos y el cierre de presupuestal de los mismos al final de la vigencia. | EN PROCESO | | |

## 2.3. SEGUIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE DEL CONTRATO / CONVENIO:

**3.**

| RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **ENTIDAD** | **DEPARTAMENTO** | **ASOCIADO(S) si aplica** | **OTROS** | **TOTAL** |
| 1. Recursos iniciales comprometidos | $694,236,904 | $0 | $0 | $694,236,904 |
| 2. Adiciones | $0 | $0 | $0 | $0 |
| **3. TOTAL RECURSOS COMPROMETIDOS** | $694,236,904 | **$0** | **$0** | $694,236,904 |
| 4. Anticipos | $0 | $0 | $0 | $0 |
| 5. Recursos pagados / desembolsados | $504,892,736 | $0 | $0 | $504,892,736 |
| **6. TOTAL RECURSOS ENTREGADOS** | $504,892,736 | **$0** | **$0** | $504,892,736 |
| 7. Recursos ejecutados | $631,115,920 | $0 | $0 | $631,115,920 |
| 8. Recursos no ejecutados | $63,120,984 | $0 | $0 | $63,120,984 |

**3.3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**: Con este informe de seguimiento se realizan los pagos correspondientes a los meses de septiembre y octubre 2024, cada uno por $63.111.592.

## 3. REUNIONES Y/O VISITAS REALIZADAS EN EL PERIODO DE SEGUIMIENTO

| FECHA | TIPO DE REUNIÓN Y/O VISITA | CONCLUSIONES/OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| 3/05/2024 | Reunión Preliminar de contratación vía teams | Se solicito el envió de los requisitos para iniciar el Proceso de Contratación |
| 21/08/2024 | Acta de reunión firmada por director de aseguramiento y prestación de servicios de salud, el rol técnico y la supervisión del convenio. | Aprobación del plan de inversión periodo 2024. |
| 09/10/2024 | Se realizó reunión informativa, por plataforma teams, sobre la facturación a la SSSA por servicios prestados a la población PNA. | Las atenciones prestadas a la población PNA pueden ser facturadas con cargo a la SSSA de la gobernación de Antioquia, mediante facturación electrónica. |

## 4. CONTROL DE PAGOS O DESEMBOLSOS

FORMA DE PAGO O DESEMBOLSO:
El giro de los recursos a la E.S.E., será realizado por la Dirección Administrativa y Financiera de SSSA, de acuerdo con las doceavas giradas al Departamento de Antioquia por parte del Ministerio de Salud y Protección

Social, previa verificación del cumplimiento de las obligaciones por parte de la E.S.E, que deben evidenciarse en el informe de supervisión.

**PARAGRAFO:** Para el pago, se debe presentar la siguiente documentación: 1) Informe de seguimiento a la Contratación Estatal elaborado por el supervisor del convenio en el cual conste que el conveniado presentó los soportes de información requeridos; 2) Certificación del supervisor del convenio, donde conste que el conveniado presentó a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia el Plan de Inversión que realizará con los recursos del subsidio a la oferta y que dicho plan fue aprobado por la Secretaría ; 3) Certificado de la cuenta bancaria maestra de ahorros, en la cual se hará la transferencia de los recursos de subsidio a la oferta; 4) Certificado de estar a paz y salvo con los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, Caja de Compensación Familiar, ICBF y Sena, expedido por el Revisor Fiscal, fotocopia de la cedula de revisor fiscal, tarjeta profesional del revisor fiscal y copia del certificado de Junta Central de Contadores, igualmente se debe incluir la planilla de pago (PILA), con fecha correspondiente al mes en que se realiza la transacción. **Los requisitos 2 y 3, sólo se necesitan para el primer desembolso**
**Los desembolsos estarán supeditados a la existencia de recursos en el PAC.**

| CONCEPTO | FECHA | VALOR CONTRATO | VALOR PAGO / DESEMBOLSO | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | VALOR NETO A PAGAR | SALDO | COMPROBANTE DE EGRESO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Inicial** | 21/08/2024 | $694,236,904 | | $0 | | $694,236,904 | |
| **Adiciones** | N/A | N/A | | | | N/A | |
| Pago No.1 / Desembolso | 26/08/2024 | | $504,892,736 | $0 | $0 | $189,344,168 | 4300125071 |
| Pago No.2 / Desembolso | 17/10/2024 | | $0 | $0 | $126,223,184 | $63,120,984 | |
| **TOTALES** | | $694,236,904 | $504,892,736 | $0 | $126,223,184 | | |

De conformidad con el Recibo a Satisfacción anexo al informe; el supervisor/interventor autoriza el pago/desembolso No.02 al contratista/conveniante, por valor de: Ciento veintiséis millones doscientos veintitrés mil ciento ochenta y cuatro pesos ($126,223,184), el cual se relaciona en la tabla anterior.

## 5. VERIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES DE PARAFISCALES

El contratista/conveniante acredita que se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de aportes a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones, ARL y parafiscales, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Adicionalmente, el supervisor/interventor verificó y revisó las planillas y demás soportes entregados por el conveniante/contratista que acreditan el pago por concepto de seguridad social y parafiscales del recurso humano contratado.

## 6. CONTROL Y MITIGACIÓN DE RIESGOS

De conformidad con lo establecido en la normatividad vigente y el Manual de identificación y cobertura del riesgo expedido por Colombia Compra Eficiente, la Entidad deberá realizar el control y mitigación de los riesgos identificados y clasificados para el proceso de contratación en la matriz de riesgos del estudio y documentos previos, razón por la cual esta supervisión ha realizado las siguientes acciones de control

y seguimiento a los riesgos previsibles que se han presentado durante la ejecución y liquidación del presente contrato/convenio.

Así mismo, si durante la ejecución del contrato se presentan riesgos imprevisibles, que por su misma naturaleza no fueron contemplados en la matriz de riesgos, también se deberá diligenciar la tabla con los controles y tratamientos respectivos a que hubiere lugar.

| RIESGO | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO/ RIESGO | QUIEN TIENE ASIGNADO EL RIESGO | TRATAMIENTO/ MITIGACIÓN | CUANDO Y COMO SE REALIZÓ EL MONITOREO | EVIDENCIA |
|---|---|---|---|---|---|
| N/A | | | | | |

## 7. CONTROL Y MITIGACIÓN DE INCUMPLIMIENTOS

N/A

## 8. ANOTACIONES ADICIONALES

Ninguna

## 9. ANEXOS

1) Certificado de estar a paz y salvo con los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, Caja de Compensación Familiar, ICBF y Sena, expedido por el Revisor Fiscal, fotocopia de la cedula de revisor fiscal, tarjeta profesional del revisor fiscal y copia del certificado de Junta Central de Contadores, igualmente se debe incluir la Planilla Integrada Liquidación de Aportes (PILA), con fecha correspondiente al mes en que se realiza la transacción.
2) Certificados Egresos por valor $385,420,316
3) Factura electrónica por valor $126.223.184

Para constancia, se firma la presente acta el 17/10/2024

LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA
**SUPERVISORA CONVENIO 4600017329**

GOBERNACION DE ANTIOQUIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# Gobernación de Antioquia

## RECIBO A SATISFACCION



## NUMERO DE DOCUMENTO : 5000238079

| | | |
|---|---|---|
| **FACTURA:** FEV CACN-71 | **Nro ACTA:** | **DOC CAUSACION:** |
| **CODIGO PROVEEDOR:** 2400000191 | **NIT:** 8909824306 | **NOMBRE / RAZON SOCIAL :** E.S.E. HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA |
| **Nro CONTRATO:** 4600017329 | **DEPENDENCIA:** SRIA SECCI DE SALUD Y PROT SOC | |
| **FECHA SUSCRIPCION CONTRATO:** 09.08.2024 | **OBSERVACION:** | |

**PEDIDO:** 1. 4500063306 SRIA SECCI DE SALUD Y PROT SOC

| PED | POS PED | ANT | FONDO | CODIGO MATERIAL / SERVICIO | DESCRIPCION | CANTIDAD | UMB | V/R UNI. SIN IVA | % IVA | V/R UNI. INC. IVA | TOTAL INC. IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | | 0-PS3031 | 1002452 | PRESTACIÓN DE SERVICIO SSSA* | 126223184 | UN | 1.000 | 0% | 1.0000 | 126,223,184.000 |
| | | | | | | | | | | **V/R TOTAL NETO** | 126,223,184.000 |
| | | | | | | | | | | **V/R TOTAL IVA** | 0.000 |
| | | | | | | | | | | **V/R TOTAL** | 126,223,184.000 |

| REVISIÓN DE SOPORTES Y REQUISITOS DIRECCIÓN DE CONTABILIDAD | | | | DEDUCCIONES Y RETENCIONES | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Factura Original | V.Bo. | 8. Firma y tel. Supervisor, # factura, contrato, fecha, y acta | V.Bo. | Estampillas | |
| 2. Resolución de facturación vigente | V.Bo. | 9. Porcentaje de particiación si es consorcio o unión Tem. | V.Bo. | Contribución Especial | |
| 3. Cumple requisitos de factura Art. 617 E.T. | V.Bo. | 10. T.P y antecedentes disciplinarios contador Per.Jurid. | V.Bo. | Retención de IVA | |
| 4. Recibo a satisfacción por fondo | V.Bo. | 11. Informe de seguimiento | V.Bo. | Retención en la Fuente | |
| 5. RPC del pago | V.Bo. | 12. Certificado de Industria y Comercio si se requiere | V.Bo. | Retención en la Fuente Obra Púb. | |
| 6. Contrato y Rut actualizado. | V.Bo. | 13. En caso de adición se deben anexar Otro Si o Adición | V.Bo. | Retención Empleados 1070 | |
| 7. Soportes del pago a seguridad social | V.Bo. | 14. Elaborar Documento Equivalente si se requiere | V.Bo. | Retención Industria y Comercio | |
| | | 15. Rut Consorciados o integrantes de unión la temporal | V.Bo. | | |

**MOVIMIENTO REALIZADO POR:** Juan David Rodriguez Barrera

Luz Stella Franco Gaviria

**SUPERVISOR(ES) Y/O INTERVENTOR(ES)**

E.S.E HOSPITAL
ISABEL LA CATOLICA
NIT 890982091 - 6
No Responsable de IVA

| Factura Electrónica de Venta | CACN-71 |
|---|---|
| Fecha generación | 2024-10-10 16:49:40-05:00 |
| Fecha validación | 2024-10-10 16:49:57-05:00 |
| Moneda | COP |
| Tipo operación | SS-CUFE |

| | |
|---|---|
| Adquiriente | SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DE ANT. |
| Documento/NIT | 8000000286-0 |
| Dirección | CLLE 42B 52 -106 |
| Correo | facturacongant@antioquia.gov.co;facturacongant@antioquia.gov.co |
| Teléfono | 3839761 |
| Código Postal | 050001 |
| Tipo Doc | 31-NIT |
| Ciudad | Medellin-Antioquia |

| Id | Código | Cantidad | Unidad | Descripción | V/Unitario | Subtotal | V/Impuesto | Tarifa | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 9999 | 1.00 | unidad | CONTRATO 4600017329 ENTRE LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA Y LA ESE HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA DE CACERES, CUYO OBJETO ES LA FINANCIACIÓN DE LOS GASTOS DE OPERACIÓN DE LA ESE HOSPITAL ISABEL LA CATÓLICA, REPRESENTADOS EN GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICION DE BIENES Y DE SERVICIOS PARA LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA ENTIDAD, DESTINADOS A LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. | 126.223.184.00 | 126.223.184.00 | 0.00 | 0 | 126.223.184.00 |

## Formas y medios de pago:

| Forma | Vencimiento | Codigo | Medio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| Contado | 2024-11-10 | 42 | Consignación bancaria | Consignación bancaria |

## Totales

| Concepto | Valor |
|---|---|
| Subtotal | 126.223.184.00 |
| Total mas Impuesto | 126.223.184.00 |
| Total Operación | 126.223.184.00 |

## Datos de usuario

Tipo documento:
Documento Id:
Primer nombre:
Segundo nombre:
Primer apellido:
Segundo apellido:
Tipo usuario:

## Observaciones

Valor en letras: CIENTO VEINTISEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTITRES MIL CIENTO OCHENTA Y CUATRO 00 /100 COP

Observacion: PPNA subsidio a la oferta

Esta factura de venta se entrega para todos sus efectos legales a una letra de cambio según Ley 1231 (Julio 17/2008). Art. 772-774 del Civ. Co. Esta factura de venta causara intereses moratorios a la tasa máxima legal autorizada (Art. 884), por mes a partir de la fecha de vencimiento. La firma puesta por terceros en representación, mandato u otra calidad a nombre del comprador, implica su vinculación, de acuerdo con el Artículo 3° de Art. 1460 de Civil Co., a cualquiera consecuencia de la entrega real y material de la mercancía y/o servicios prestados descritos en este título valor. La aceptación de derechos de propiedad de estos artículos, productos o mercancías, se darán efectivamente a la cancelación de la correspondiente factura de venta. Cuentas tanto más relacionamos el derecho de cobrar la total deuda, sobre los mismos. Autorizo expresamente a EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA, o a quien represente sus derechos o ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, consultar, solicitar o suministrar a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos o comportamiento comercial. Así mismo autorizo pagaré sin protesto que emito a favor de mi acreedor por concepto sobre una jurídico o judicial que tenga que iniciarse en mi contra, así como los gastos y costas que se generen por el retiro y/o actualización de las bases de datos en la que me encuentre reportado por la causa de mi incumplimiento a mora.

| Paciente 1 | |
|---|---|
| [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | N |
| [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | |
| [illegible] | |
| [illegible] | |
| [illegible] | |
| [illegible] | 12 |
| [illegible] | 0 |
| [illegible] | |
| [illegible] | |
| [illegible] | |
| [illegible] | |
| [illegible] | |
| [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | 0.00 |
| [illegible] | 0.00 |
| [illegible] | 0.00 |
| [illegible] | 0.00 |



Code/Code 5a69daa77f39b4ee8b2cd5c0cdbe9055801b91601baf138178b91ab9d679ccc14a4b=/9b68cc040bc0122f339b2ba323

Kiai Facturación, producto de SOFTGIC S.A.S. NIT 900395252. Proveedor Tecnológico Autorizado por la Dian. www.kiai.co
Medellín-Colombia

BBVA

# Detalle Fichero

[redacted]

## Información del fichero

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clave Empresa: | PROVEEDORES | Cuenta de Cargo: | AH - 001302710002003527 67 |
| F.de proceso: | 08-10-2024 | Nombre Fichero: | INTRASIC |
| Referencia: | DVP 09/10/2024 | Órdenes: | 1 |
| Producto: | Pagos a Proveedores | Importe Total: | 63.780.304,00 |

| BENEFICIARIO | IDENTIFICACIÓN | CUENTA BENEFICIARIA | BANCO | IMPORTE (COP) | FORMA DE PAGO | MOTIVO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ASOCIACIGN SINDICAL DE TRABAJADORES | 0000009015050931 | 36000001583 | 0007 - BANCOLOMBIA | 63.780.304,00 | Abono/Cargo cuenta | AUTORIZADO |

## ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES DE LA SALUD

NIT 901505913-1
CL 49 78A 54 Telefono 3148057230 Medellin
E-mail direccion@sintrasic.org

Responsabilidad de IVA
Tipo Contribuyente Grandes Contribuyentes
No Somos Autorretenedores

Pagina 1 de 1

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. SIN - 261

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CUENTE** | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA CACERES | **FECHA EMISIÓN** | 04/10/2024 |
| **NIT** | 8400624301 | **VENCIMIENTO** | 04/10/2024 |
| **TELEFONO** | 8362205 | **FORMA DE PAGO** | Credito - 0 Dias |
| **DIRECCION** | KR 50 52 48 PQUE PRINCIPAL - Caceres - Antioquia | **ASESOR** | ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORE |
| **E-MAIL** | facturacionesegmail.com | **ORDEN COMPRA** | |

| ÍTEM | CODIGO | DESCRIPCIÓN | UND. | DTO% | CANT. | VR. UNIT. | IVA | VR. TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | P14 | PROCESO DE FACTURACION | Und. | 0 | 1,00 | 25.636.544 | 0% | 25.636.544 |
| 2 | P11 | PROCESO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL | Und | 0 | 1,00 | 11.448.324 | 0% | 11.448.324 |
| 3 | P6 | PROCESO DE MENSAJERIA | Und | 0 | 1,00 | 3.372.767 | 0% | 3.372.767 |

VALOR EN LETRAS CUARENTA MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE

OBSERVACIONES * EJECUCION DE PROCESOS Y SUB PROCESOS ADMINISTRATIVOS LOS CUALES INVOLUCRAN SERVICIOS DE AUXILIARES DE FACTURACION, MENSAJERIA, CONDUCTORES, ENTRE OTROS, EN TODAS SUS DEPENDENCIAS Y EL LUGAR DONDE EN EL MOMENTO LA ENTIDAD PRESTE SUS SERVICIOS Mes DE SEPTIEMBRE 2024

| | |
|---|---|
| **TOTAL ITEMS** | 3 |
| **SUBTOTAL** | $40.457.635 |
| **DESCUENTOS** | $0 |
| **IVA TOTAL** | $0 |
| **TOTAL OPERACIÓN** | **$40.457.635** |
| **RETEFUENTE** | $0 |
| **RETEIVA** | $0 |
| **TOTAL NETO** | **$40.457.635** |

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio según artículo 774 del Código de Comercio. Quien la recibe debe hacer la aceptación dentro de los treinta días calendario siguientes a su recepción y tiene derecho a reclamar dentro de los ocho días calendario siguientes a su recepción.

Autorizo irrevocablemente a Proteger para que reporte, procese y consulte toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios ante cualquier operador de información y consulta de bases de datos. También autorizo para notificarme a través de mensajes de texto, correo electrónico o cualquier otro medio de comunicación.

El cliente declara haber recibido a satisfacción la mercancía descrita en esta factura. Reclamos serán aceptados sólo por escrito y dentro de los 8 días siguientes a la fecha de recibo. Pasado este término se entenderá la aceptación del mismo.
Forma de pago: Contado, Crédito, Otros. Cheque No. Banco. Fecha vencimiento. Si aplica.

Documento Soporte de Autorización de Numeración de Facturación Electrónica No. 18764012662750 que autoriza desde SIN 237 hasta SIN 500 Vence 2026-05-27

Factura de venta con validez fiscal según Resolución 000042 de 2020

BBVA

# Detalle Fichero

## Información del fichero

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clave Empresa: | PROVEEDORES | Cuenta de Cargo: | AH - 001302710002003527[illegible] |
| F.de proceso: | 08-10-2024 | Nombre Fichero: | INTRAVID |
| Referencia: | OVP 09/10/2024 | Órdenes: | 1 |
| Producto: | Pagos a Proveedores | Importe Total: | 47.526.827,00 |

| BENEFICIARIO | IDENTIFICACIÓN | CUENTA BENEFICIARIA | BANCO | IMPORTE (COP) | FORMA DE PAGO | MOTIVO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SINTRASAN | 0000009004784554 | 42077148517 | 0007 - BANCOLOMBIA | 47.526.827,00 | Abono/Cargo cuenta | AUTORIZADO |

SINTRASALUD

## SINDICATO DE TRABAJADORES DE LA SALUD

**Dirección:**

**Teléfono:** CARRERA 46 54 14 OFICINA 1604 TEL. 2517626

**Ciudad:**

**Régimen:**

**NIT : 900478455-4**

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

**No.** FS - 709

**Resolución:** 18764060375674 FhAut: 2023-11-22 Del: FS 483 Al: FS 2000 FhVenc: 2024-11-22

**Datos del Cliente**

**Señores:** Esc Hospital Isabel La Catolica

**NIT:** 890982430-6

**Dirección:** Cra 50 # 52 - 48

**Ciudad:** Caceres

**Teléfono:** 8362039

**F. Pago:** CONTADO **Dias Plazo :** 30

**Fecha de Expedición :** 2024.10.07 :10:26:35

**Fecha de Vencimiento :** 2024.11.06

**Vendedor :** Varios

**Pedido :**

**Orden Compra :**

**Medio de Pago :** 10 / Efectivo

**CUFE:** f5b3d19583fc74ef1009fe748a12cff6552a44261519ce6cfc282b33dd5f5345c344193ac2a7dc15feeccea343b287de

| Itm | Código | Cantidad | UND | IVA% | Vlr.IVA | INC% | Vlr.INC | Valor Unit. | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | S41659501 | 1.000 | | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 48,745,464.00 | 48,745,464.00 |
| | Descripción | Ejecucion Procesos Administrativos Excluidas | | | | | | | |

Son: CUARENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS 00/100 COP

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 48,745,464.00 |
| - Descuento N.I. | 0.00 |
| **Subtotal** | 48,745,464.00 |
| +I.V.A. (0.00 | 0.00 |
| + Vlr ImpoConsum | 0.00 |
| - Rete.Fuente | 0.00 |
| - Retención I.V.A. | 0.00 |
| - Retención I.C.A. | 0.00 |
| **Total Neto** | 48,745,464.00 |

Observaciones:
SERVICIOS CORRESPONDIENTES AL MES DE SEPTIEMBRE DE 2024

rma o sello del cliente:

Vendedor:

BBVA

# Detalle Fichero

## Información del fichero

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clave Empresa: | PROVEEDORES | Cuenta de Cargo: | AH - 001302710002003527[illegible] |
| F.de proceso: | 10-09-2024 | Nombre Fichero: | AMY SALUD |
| Referencia: | OVP 10/09/2024 | Órdenes: | 1 |
| Producto: | Pagos a Proveedores | Importe Total: | 126.396.645,00 |

| BENEFICIARIO | IDENTIFICACIÓN | CUENTA BENEFICIARIA | BANCO | IMPORTE (COP) | FORMA DE PAGO | MOTIVO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FAMYSALUD | 0000009009192315 | 58052650095 | 0007 - BANCOLOMBIA | 126.396.645,00 | Abono/Cargo cuenta | AUTORIZADO |

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

Propuesta Colaborativa Especial

No. FEVF1371

Resolución DIAN No. 18764000570014 Vigencia desde 04/08/2024 hasta 04/08/2025 numeración aprobada desde FEVF 1241 hasta FEVF 1560

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| SEÑOR(ES): | [illegible] | C.C. o NIT: | 8909024306 6 | Fecha Factura: | 2024-09-05 |
| DIRECCION: | [illegible] | TELEFONO: | | Fecha Vencimiento: | 2024-10-05 |
| FORMA DE PAGO: | [illegible] | PLAZO | 30 Días | HORA: | 12:05:15 PM |

| DESCRIPCION | VR. TOTAL |
|---|---|
| [illegible] CONFORME A LA PROPUESTA ECONOMICA QUE PERTENECE AL CONTRATO No 002-25 2024 [illegible] | 129.637.585 |

| | | |
|---|---|---|
| OBSERVACION Mes reportado 2024 | SUB-TOTAL | 129.637.585 |
| La base gravable descrita en el artículo 462 parágrafo 1 del estatuto tributario aplicando el descuento de los segundos [illegible] es la base $ 129.637.585 | A.U. | |
| | TOTAL | 129.637.585 |
| Esta factura cumple con los requisitos establecidos en el art. 617 de la ley 1231 de 2008 para efectos legales, de las consignadas en el artículo 772 del Código de Comercio y causará intereses de mora a la tasa máxima permitida por la ley. POR MEDIO DE ESTA FACTURA SE CONFIRMA LA RECEPCION DE LOS SERVICIOS AQUI DESCRITOS, ACEPTANDO EL CONTENIDO DE LA MISMA Y EL PAGO EN LOS TERMINOS ESTABLECIDOS. | FIRMA Y SELLO AUTORIZADO | FIRMA Y SELLO DEL COMPRADOR |
| | C.C. / NIT | C.C. / NIT |

[illegible]

PROVEEDOR TECNOLOGICO - SOFTLAND S.A.S. NIT 800 090 963 - 4

ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE

1/1

BBVA

# Detalle Fichero

## Información del fichero

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clave Empresa: | PROVEEDORES | Cuenta de Cargo: | AH - 001302710002003527 67 |
| F.de proceso: | 09-09-2024 | Nombre Fichero: | INTRASIC |
| Referencia: | DVP 10/09/2024 | Órdenes: | 1 |
| Producto: | Pagos a Proveedores | Importe Total: | 70.527.333,00 |

| BENEFICIARIO | IDENTIFICACIÓN | CUENTA BENEFICIARIA | BANCO | IMPORTE (COP) | FORMA DE PAGO | MOTIVO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES | 0000009015050931 | 36000001583 | 0007 - BANCOLOMBIA | 70.527.333,00 | Abono/Cargo cuenta | AUTORIZADO |

## ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES DE LA SALUD

NIT: 901505093-1
CL 48 78A 54 Teléfono 3148057230 Medellín
E-mail: direccion@sintrasic.org

Responsables de IVA
No Somos Grandes Contribuyentes
No Somos Autorretenedores



# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. SIN - 254

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CLIENTE** | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA-CACERES | **FECHA EMISIÓN** | 04/09/2024 |
| **NIT** | 890982430 6 | **VENCIMIENTO** | 04/09/2024 |
| **TELÉFONO** | 8362205 | **FORMA DE PAGO** | Credito \| 0 Dias |
| **DIRECCIÓN** | KR 50 52 48 POUE PRINCIPA \| Caceres \| Antioquia | **ASESOR** | ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORE |
| **E-MAIL** | hospitalcaceres@gmail.com | **ORDEN COMPRA** | |

| ÍTEM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | UND. | DTO% | CANT. | VR. UNIT. | IVA | VR. TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | P14 | PROCESO DE FACTURACION | Und. | 0 | 1,00 | 25.394.287 | 0% | 25.394.287 |
| 2 | P11 | PROCESO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL | Und. | 0 | 1,00 | 10.825.044 | 0% | 10.825.044 |
| 3 | P8 | PROCESO DE MENSAJERIA | Und | 0 | 1,00 | 3.601.767 | 0% | 3.601.767 |

VALOR EN LETRAS: TREINTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIUN MIL NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE

OBSERVACIONES: * EJECUCION DE PROCESOS Y SUB PROCESOS ADMINISTRATIVOS, LOS CUALES INCLUYEN SERVICIOS DE AUXILIARES DE FACTURACION, MENSAJERIA, CONDUCTORES, ENTRE OTROS, EN TODAS SUS DEPENDENCIAY EL LUGAR DONDE EN EL MOMENTO LA ENTIDAD PRESTE SUS SERVCIOS. MES DE AGOSTO 2024

| | |
|---|---|
| **TOTAL ITEMS** | 3 |
| **SUBTOTAL** | $39.821.098 |
| **DESCUENTOS** | $0 |
| **IVA TOTAL** | $0 |
| **TOTAL OPERACIÓN** | **$39.821.098** |
| **RETEFUENTE** | $0 |
| **RETEIVA** | $0 |
| **TOTAL NETO** | **$39.821.098** |

Esta factura se asimila en sus efectos legales a un título valor según Art. 774 del Código de Comercio. Con ésta, el comprador declara haber recibido a satisfacción real y materialmente las mercancías y/o servicios descritos en este título valor.

Autorizo expresamente para que la información suministrada sea consultada verificada con terceras personas, bancos o bases de datos. Tambien autorizo por incumplimiento de la (s) obligacion (es) sea reportado a Centrales de Riesgo Crediticio

Esta factura causará intereses moratorios mensuales a la tasa máxima permitida por ley, a partir de la fecha de vencimiento.
Tiempo de devolución o reclamo: 5 días hábiles. Pasado éste término, se dará por entendida la satisfacción del cliente

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764073862250 que habilita desde SIN 237 hasta SIN 500. Vence 2025-06-27

Fecha y Hora Generación: 04/09/2024 11:34:31

BBVA

# Detalle Fichero

Fecha/Hora: 10:36:35

## Información del fichero

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clave Empresa: | PROVEEDORES | Cuenta de Cargo: | AH - 001302710002003527 67 |
| F.de proceso: | 09-09-2024 | Nombre Fichero: | INTRAVID |
| Referencia: | OVP 10/09/2024 | Órdenes: | 1 |
| Producto: | Pagos a Proveedores | Importe Total: | 47.919.107,00 |

| BENEFICIARIO | IDENTIFICACIÓN | CUENTA BENEFICIARIA | BANCO | IMPORTE (COP) | FORMA DE PAGO | MOTIVO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SINTRASAN | 0000009004784564 | 42077148517 | 0007 - BANCOLOMBIA | 47.919.107,00 | Abono/Cargo cuenta | AUTORIZADO |

## ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES DE LA SALUD

NIT: 901505093-1
CL 48 78A 54 Teléfono 3148057230 Medellín
E-mail: direccion@sintrasic.org

Responsables de IVA
No Somos Grandes Contribuyentes
No Somos Autoretenedores




# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. SIN - 255

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CLIENTE** | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA-CACERES | **FECHA EMISIÓN** | 04/09/2024 |
| **NIT** | 890982430 6 | **VENCIMIENTO** | 04/09/2024 |
| **TELÉFONO** | 8362205 | **FORMA DE PAGO** | Credito \| 0 Dias |
| **DIRECCIÓN** | KR 50 52 48 POUE PRINCIPA \| Cáceres \| Antioquia | **ASESOR** | ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORE |
| **E-MAIL** | hospitalcaceres@gmail.com | **ORDEN COMPRA** | |

| ÍTEM | CODIGO | DESCRIPCIÓN | UND. | DTO% | CANT. | VR. UNIT. | IVA | VR. TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | P18 | PROCESO MEDICO GENERAL | Und. | 0 | 1,00 | 14.956.378 | 0% | 14.956.378 |
| 2 | P3 | PROCESO DE ENFERMERIA | Und. | 0 | 1,00 | 11.541.288 | 0% | 11.541.288 |
| 3 | P9 | PROCESO DE ODONTOLOGIA | Und. | 0 | 1,00 | 6.116.961 | 0% | 6.116.961 |

VALOR EN LETRAS: TREINTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS CATORCE MIL SEISCIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE

OBSERVACIONES: * EJECUCION DE PROCESOS Y SUB PROCESOS ASISTENCIALES QUE PUEDAN INCLUIR PERSONAL ASISTENCIAL SEGUN LA NECESIDAD DEL CONTRATISTA: AUXILIAR DE ENFERMERIA, ODONTOLOGIA, JEFE DE ENEFERMERIA, ENTRE OTROS. MES DE AGOSTO 2024

| | |
|---|---|
| **TOTAL ITEMS** | 3 |
| **SUBTOTAL** | $32.514.627 |
| **DESCUENTOS** | $0 |
| **IVA TOTAL** | $0 |
| **TOTAL OPERACIÓN** | **$32.514.627** |
| **RETEFUENTE** | $0 |
| **RETEIVA** | $0 |
| **TOTAL NETO** | **$32.514.627** |

Esta factura se asimila en sus efectos legales a un título valor según Art. 774 del Código de Comercio. Con éste, el comprador declara haber recibido a satisfacción real y materialmente las mercancías y/o servicios descritos en este título valor.

Autorizo expresamente para que la información suministrada sea consultada verificada con terceros personas, bancos o bases de datos. También autorizo por incumplimiento de la (s) obligación (es) sea reportado a Centrales de Riesgo Crediricio.

Este factura causara intereses moratorios mensuales a la tasa máxima permitida por ley, a partir de la fecha de vencimiento
Tiempo de devolución o reclamo: 5 días hábiles. Pasado éste termino, se dara por entendida la satisfaccion del cliente.

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764073862250 que habilita desde SIN 237 hasta SIN 500. Vence 2025-06-27

Fecha y Hora Generación 04/09/2024 11:41:31

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ISABEL LA CATOL .

.

CRA 50 # 53-15 HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA DE CACE .
CACERES ANTIOQUIA- COLOMBIA

1339 914 Oficina: 0271

BBVA
Creando Oportunidades

# Extracto de Cuenta

CUENTA DE AHORROS LIBRETON

Este 20 de octubre desde la 1:00 a.m. hasta las 6:00 a.m., nuestros canales transaccionales App BBVA, BBVA net, BBVA Net cash, IVR, Cajeros, estarán inhabilitados por mantenimiento.

## Información de la oficina

CAUCASIA
DIRECCIÓN: CRA 2 21 35
TELÉFONO: 00948393040

PERÍODO DESDE: 01-09-2024 HASTA: 30-09-2024

## Información de la cuenta

| | |
|---|---|
| Número de cuenta | 001302710200352767 |
| Fecha de corte | 30-09-2024 |

| Resumen de movimientos | No. | Valor | | No. | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| SALDO CIERRE MES ANTERIOR | | 504,970,419.00 | - IVA | 3 | 3,648.00 |
| + ABONOS | | 0.00 | - 4 POR MIL | | 0.00 |
| + INTERESES RECIBIDOS | 1 | 3,381.00 | - RETENCIONES | | 0.00 |
| - CARGOS | 8 | 274,132,385.00 | SALDO FINAL | | 230,837,767.00 |

## Detalles de transacciones

| Movimiento | Fecha operación | Fecha valor | Concepto | Cargos | Abonos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 355 | 09-09-2024 | 09-09-2024 | VALOR PAGO FACTURA SERVICIO PSE ENLACE DE APLICATIVO | 104,000.00 | | 504,866,419.00 |
| 356 | 09-09-2024 | 09-09-2024 | VALOR PAGO FACTURA SERVICIO PSE ENLACE DE APLICATIVO | 29,166,100.00 | | 475,700,319.00 |
| 357 | 10-09-2024 | 10-09-2024 | COMISION POR DOMICILIACION | 6,400.00 | | 475,693,919.00 |
| 358 | 10-09-2024 | 10-09-2024 | IVA POR COMISION POR DOMICILIACION | 1,216.00 | | 475,692,703.00 |
| 359 | 10-09-2024 | 10-09-2024 | CARGO DOMI. 890982430 | 47,919,107.00 | | 427,773,596.00 |
| 360 | 10-09-2024 | 10-09-2024 | COMISION POR DOMICILIACION | 6,400.00 | | 427,767,196.00 |
| 361 | 10-09-2024 | 10-09-2024 | IVA POR COMISION POR DOMICILIACION | 1,216.00 | | 427,765,980.00 |
| 362 | 10-09-2024 | 10-09-2024 | CARGO DOMI. 890982430 | 70,527,333.00 | | 357,238,647.00 |
| 363 | 10-09-2024 | 10-09-2024 | COMISION POR DOMICILIACION | 6,400.00 | | 357,232,247.00 |
| 364 | 10-09-2024 | 10-09-2024 | IVA POR COMISION POR DOMICILIACION | 1,216.00 | | 357,231,031.00 |
| 365 | 10-09-2024 | 10-09-2024 | CARGO DOMI. 890982430 | 126,396,645.00 | | 230,834,386.00 |
| | 30-09-2024 | 30-09-2024 | ABONO INTERESES GANADOS | | 3,381.00 | 230,837,767.00 |

- En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Habeas Data, 1266 de 2008, nos permitimos comunicarte que los datos contenidos en los extractos, que incluyen el monto de la obligación, sus cuotas y fecha de exigibilidad, podrán ser reportados a las Centrales de Información Financiera. Si aparecen cuotas vencidas, pasados veinte (20) días contados a partir del envío de estos datos en los extractos, se generará el reporte negativo sobre incumplimiento ante las Centrales de Información Financiera por el término Legal.
- Tenemos en cuenta tus pagos desde el momento en que los efectúas, pero si los realizas después de la fecha de corte, se reflejan en el próximo estado de cuenta. Puedes consultar el valor de la próxima cuota a pagar, en nuestras oficinas o en la Línea BBVA.
- Si realizas tu pago con cheque, debes girarlo a nombre de BBVA Colombia, NIT 860.003.020-1, colocando al respaldo el número de tu obligación y tus datos personales.
- Puedes consultar los extractos generados, utilizando BBVA móvil, BBVA net, BBVA net cash; por tanto, si no los recibes en email o físico, no estás eximido de efectuar el pago en la fecha prevista.
- Para informarte sobre tus créditos, vencimientos, ofertas de nuevos productos y servicios, es importante que mantengas actualizada en BBVA tu dirección electrónica y física, los números telefónicos de contacto, así como la documentación que BBVA requiera.
- Tus pagos oportunos, se constituyen en excelentes referencias crediticias, financieras y/o comerciales, y te evitan costos adicionales por honorarios de cobranza e intereses de mora, que se descontarán de los pagos que efectúes, según el siguiente orden: gastos (incluye los ocasionados por la cobranza prejudicial, extrajudicial y/o judicial), intereses de mora, intereses corrientes y capitales. Los intereses de mora, serán liquidados a la tasa que se encuentre vigente en cada uno de los periodos en que se presente mora.
- Para mayor información sobre la política de cobranza de BBVA, puedes ingresar a www.bbva.com.co, en la sección Información de Interés.
- Contamos con Defensoría del Consumidor Financiero, cuyo Defensor Principal es el Doctor Guillermo Enrique Dajud Fernández, ubicado en la Carrera 9 No. 72 – 21 piso 6 en Bogotá D.C., teléfono:3438385 y email: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co. El horario de atención telefónica: lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., jornada continua.
- Para mayor información sobre el Servicio al Consumidor Financiero de BBVA, atención preferencial al cliente y otras instancias de atención, puedes ingresar a www.bbva.com.co, en la sección Información Corporativa.
- No olvides tener en cuenta las recomendaciones de seguridad para los diferentes canales de atención de BBVA, puedes consultarlas en www.bbva.com.co, en la sección Seguridad.
- Puedes resolver inquietudes adicionales en las Oficinas BBVA o ingresar a www.bbva.com.co o en la Línea BBVA: Bogotá: (1) 4010000, Barranquilla: (5) 3503500, Medellín: (4) 4936300, Cali: (2) 8892020, Bucaramanga: (7) 6304000 o desde el resto del país al 018000912227.
- Comunica cualquier inconformidad con la información incluida en este extracto, a nuestros Revisores Fiscales Ernst & Young, email: revisoriafiscalgrupoBBVA@co.ey.com

Fogafín

Este producto cuenta con Seguro de Depósitos Fogafín. El campo retenciones contiene la sumatoria del total de retenciones practicadas por el Banco por todo concepto.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ISABEL LA CATOL .
.
CRA 50 # 53-15 HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA DE CACE .
CACERES ANTIOQUIA- COLOMBIA

1300 910 Oficina: 0271

BBVA
Creando Oportunidades

# Extracto de Cuenta

CUENTA DE AHORROS LIBRETON

¿Tasas más bajas para tu crédito de vivienda, consumo o vehículo? Si es posible con tu cuenta de nómina BBVA. Conoce este y mucho más beneficios en tu oficina mas cercana o www.bbva.com.co

## Información de la oficina

CAUCASIA
DIRECCIÓN: CRA 2 21 35
TELÉFONO: 00948393040

PERÍODO DESDE: 01-08-2024 HASTA: 31-08-2024

## Información de la cuenta

| | |
|---|---|
| Número de cuenta | 001302710200352767 |
| Fecha de corte | 31-08-2024 |

## Resumen de movimientos

| Resumen de movimientos | No. | Valor | | No. | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| SALDO CIERRE MES ANTERIOR | | 3,298,368.00 | - IVA | 1 | 3,192.00 |
| + ABONOS | 1 | 504,892,736.00 | - 4 POR MIL | | 0.00 |
| + INTERESES RECIBIDOS | 1 | 680.00 | - RETENCIONES | | 0.00 |
| - CARGOS | 2 | 3,218,173.00 | SALDO FINAL | | 504,970,419.00 |

## Detalles de transacciones

| Movimiento | Fecha operación | Fecha valor | Concepto | Cargos | Abonos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 350 | 28-08-2024 | 28-08-2024 | COMISION POR DOMICILIACION | 16,800.00 | | 3,281,568.00 |
| 351 | 28-08-2024 | 28-08-2024 | IVA POR COMISION POR DOMICILIACION | 3,192.00 | | 3,278,376.00 |
| 352 | 28-08-2024 | 28-08-2024 | CARGO DOMI. 890982430 | 3,201,373.00 | | 77,003.00 |
| 353 | 28-08-2024 | 28-08-2024 | ABONO DOMI. PAGOS GANT | | 504,892,736.00 | 504,969,739.00 |
| | 30-08-2024 | 31-08-2024 | ABONO INTERESES GANADOS | | 680.00 | 504,970,419.00 |

- En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Habeas Data, 1266 de 2008, nos permitimos comunicarte que los datos contenidos en los extractos, que incluyen el monto de la obligación, sus cuotas y fecha de exigibilidad, podrán ser reportados a las Centrales de Información Financiera. Si aparecen cuotas vencidas, pasados veinte (20) días contados a partir del envío de estos datos en los extractos, se generará el reporte negativo sobre incumplimiento ante las Centrales de Información Financiera por el término Legal.
- Tenemos en cuenta tus pagos desde el momento en que los efectúas, pero si los realizas después de la fecha de corte, se reflejan en el próximo estado de cuenta. Puedes consultar el valor de la próxima cuota a pagar, en nuestras oficinas o en la Línea BBVA.
- Si realizas tu pago con cheque, debes girarlo a nombre de BBVA Colombia, NIT 860.003.020-1, colocando al respaldo el número de tu obligación y tus datos personales.
- Puedes consultar los extractos generados, utilizando BBVA móvil, BBVA net, BBVA net cash; por tanto, si no los recibes en email o físico, no estás eximido de efectuar el pago en la fecha prevista.
- Para informarte sobre tus créditos, vencimientos, ofertas de nuevos productos y servicios, es importante que mantengas actualizada en BBVA tu dirección electrónica y física, los números telefónicos de contacto, así como la documentación que BBVA requiera.
- Tus pagos oportunos, se constituyen en excelentes referencias crediticias, financieras y/o comerciales, y te evitan costos adicionales por honorarios de cobranza e intereses de mora, que se descontarán de los pagos que efectúes, según el siguiente orden: gastos (incluye los ocasionados por la cobranza prejudicial, extrajudicial y/o judicial), intereses de mora, intereses corrientes y capitales. Los intereses de mora, serán liquidados a la tasa que se encuentre vigente en cada uno de los periodos en que se presente mora.
- Para mayor información sobre la política de cobranza de BBVA, puedes ingresar a www.bbva.com.co, en la sección Información de Interés.
- Contamos con Defensoría del Consumidor Financiero, cuyo Defensor Principal es el Doctor Guillermo Enrique Dajud Fernández, ubicado en la Carrera 9 No. 72 – 21 piso 6 en Bogotá D.C., teléfono:3438385 y email: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co. El horario de atención telefónica: lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., jornada continua.
- Para mayor información sobre el Servicio al Consumidor Financiero de BBVA, atención preferencial al cliente y otras instancias de atención, puedes ingresar a www.bbva.com.co, en la sección Información Corporativa.
- No olvides tener en cuenta las recomendaciones de seguridad para los diferentes canales de atención de BBVA, puedes consultarlas en www.bbva.com.co, en la sección Seguridad.
- Puedes resolver inquietudes adicionales en las Oficinas BBVA o ingresar a www.bbva.com.co o en la Línea BBVA: Bogotá: (1) 4010000, Barranquilla: (5) 3503500, Medellín: (4) 4936300, Cali: (2) 8892020, Bucaramanga: (7) 6304000 o desde el resto del país al 018000912227.
- Comunica cualquier inconformidad con la información incluida en este extracto, a nuestros Revisores Fiscales Ernst & Young, email: revisoriafiscalgrupoBBVA@co.ey.com

Este producto cuenta con Seguro de Depósitos Fogafín. El campo retenciones contiene la sumatoria del total de retenciones practicadas por el Banco por todo concepto.

enlace operativo

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-09-14, 09:53:50 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 72860771

**Periodo Cotización:** agosto de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024

## PAGADO 09/09/2024

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ESE HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA | | |
| **Documento** | NI890982430 | **Dirección** | CR 50 #52 - 48 |
| **Tipo de Empresa** | EMPLEADOR | **Teléfono** | 8362039 |
| **Tipo Persona** | JURÍDICA | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | MEDELLIN | **Departamento** | ANTIOQUIA |
| **Representante Legal** | DIAZ AREIZA ELIAS DAVID | **Identificación** | CC 98710728 |
| **Total Afiliados** | 25 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días ARP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| C 1003499337 | ANGELA MARIA RIVERA BULA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 5.791.566 | $ 984.700 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 5.791.566 | $ 724.000 | 2,436 | $ 5.791.566 | $ 141.100 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 5.791.566 | $ 231.700 | $ 115.900 | $ 173.800 | $ 0 | $ 0 | $ 2.371.200 |
| C 1017204999 | KATERINE PAOLA CORREA RODRIGUEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 3.399.575 | $ 542.400 | (EPS042) COOSALUD CONTRIBUTIVO | $ 3.399.575 | $ 423.700 | 2,436 | $ 3.399.575 | $ 82.800 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 3.399.575 | $ 135.800 | $ 67.900 | $ 101.700 | $ 0 | $ 0 | $ 1.353.900 |
| C 1032248275 | YOHANNA SIRLEY MARULANDA CANO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | X | | | | | 0 | 5 | 5 | 5 | 5 | (230301) PORVENIR | $ 216.667 | $ 34.700 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 216.667 | $ 27.100 | 0,000 | $ 216.667 | $ 0 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 185.384 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 61.900 |
| C 1032248275 | YOHANNA SIRLEY MARULANDA CANO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 25 | 25 | 25 | 25 | (230301) PORVENIR | $ 1.390.390 | $ 222.500 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 1.390.390 | $ 173.800 | 2,436 | $ 1.390.390 | $ 33.800 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 1.390.390 | $ 55.700 | $ 27.900 | $ 41.800 | $ 0 | $ 0 | $ 555.800 |
| C 1032257735 | SEBASTIAN MERCADO ZABALA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.856.926 | $ 297.200 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 1.856.926 | $ 232.200 | 2,436 | $ 1.856.926 | $ 45.300 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 1.856.926 | $ 74.300 | $ 37.200 | $ 55.800 | $ 0 | $ 0 | $ 742.000 |
| C 1032258818 | DAYERLYS DEL CARMEN TEHERAN HERRERA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.716.139 | $ 274.600 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 1.716.139 | $ 214.500 | 2,436 | $ 1.716.139 | $ 41.800 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 1.716.139 | $ 68.700 | $ 34.400 | $ 51.500 | $ 0 | $ 0 | $ 685.700 |
| C 1032259165 | JAIME ALBERTO PEREZ ROLDAN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 4.095.295 | $ 653.700 | (EPS042) COOSALUD CONTRIBUTIVO | $ 4.095.295 | $ 510.700 | 2,436 | $ 4.095.295 | $ 99.800 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 4.095.295 | $ 163.500 | $ 81.800 | $ 122.600 | $ 0 | $ 0 | $ 1.631.900 |
| C 1032261841 | MARIA FERNANDA SINITAVE TRESPALACIOS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.244.249 | $ 359.100 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 2.244.249 | $ 280.600 | 2,436 | $ 2.244.249 | $ 54.700 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 2.244.249 | $ 89.800 | $ 44.900 | $ 67.400 | $ 0 | $ 0 | $ 896.500 |
| C 1126789159 | ALEXIS TATIANA GRANADA CEBALLOS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 5.791.566 | $ 984.700 | (EPS018) S.O.S EPS | $ 5.791.566 | $ 724.000 | 2,436 | $ 5.791.566 | $ 141.100 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 5.791.566 | $ 231.700 | $ 115.900 | $ 173.800 | $ 0 | $ 0 | $ 2.371.200 |
| C 1192770057 | SILVIA MERCEDES PEREZ PEREZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 5.791.566 | $ 984.700 | (EPS042) COOSALUD CONTRIBUTIVO | $ 5.791.566 | $ 724.000 | 2,436 | $ 5.791.566 | $ 141.100 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 5.791.566 | $ 231.700 | $ 115.900 | $ 173.800 | $ 0 | $ 0 | $ 2.371.200 |
| C 15309260 | LUIS MIGUEL MARTINEZ CERVANTES | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.244.249 | $ 359.100 | (EPS042) COOSALUD CONTRIBUTIVO | $ 2.244.249 | $ 280.600 | 2,436 | $ 2.244.249 | $ 54.700 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 2.244.249 | $ 89.800 | $ 44.900 | $ 67.400 | $ 0 | $ 0 | $ 896.500 |
| C 15309657 | CESAR AUGUSTO SANCHEZ MIRANDA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | X | | | | | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | (230301) PORVENIR | $ 99.744 | $ 16.000 | (EPS042) COOSALUD CONTRIBUTIVO | $ 99.744 | $ 12.500 | 0,000 | $ 99.744 | $ 0 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 99.744 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 28.500 |
| C 15309657 | CESAR AUGUSTO SANCHEZ MIRANDA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | (230301) PORVENIR | $ 2.094.633 | $ 338.200 | (EPS042) COOSALUD CONTRIBUTIVO | $ 2.094.633 | $ 261.900 | 2,436 | $ 2.094.633 | $ 51.100 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 2.094.633 | $ 83.800 | $ 41.900 | $ 62.800 | $ 0 | $ 0 | $ 836.900 |
| C 21567426 | LUZ MARINA BLANQUICETT | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.142.890 | $ 342.800 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 2.142.890 | $ 267.900 | 2,436 | $ 2.142.890 | $ 52.300 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 2.142.890 | $ 85.800 | $ 42.900 | $ 64.300 | $ 0 | $ 0 | $ 856.100 |
| C 21567429 | LIZA MARINA BLANQUICETT VILLARREAL | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | X | | | | | 0 | 26 | 26 | 26 | 26 | (230301) PORVENIR | $ 1.144.406 | $ 183.200 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 1.144.406 | $ 143.100 | 0,000 | $ 1.144.406 | $ 0 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 1.144.406 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 328.300 |
| C 21567429 | LIZA MARINA BLANQUICETT VILLARREAL | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | (230301) PORVENIR | $ 264.697 | $ 42.300 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 264.697 | $ 33.100 | 2,436 | $ 264.697 | $ 6.500 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 264.697 | $ 10.600 | $ 5.300 | $ 8.000 | $ 0 | $ 0 | $ 105.900 |
| C 21567455 | DENYS MARIA ARAUJO CHAVEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | X | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230301) PORVENIR | $ 66.025 | $ 10.600 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 66.025 | $ 8.300 | 0,000 | $ 66.025 | $ 0 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 66.025 | $ 2.700 | $ 1.400 | $ 2.000 | $ 0 | $ 0 | $ 25.000 |
| C 21567455 | DENYS MARIA ARAUJO CHAVEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 29 | 29 | 29 | 29 | (230301) PORVENIR | $ 1.914.668 | $ 308.400 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 1.914.668 | $ 239.400 | 2,436 | $ 1.914.668 | $ 46.700 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 1.914.668 | $ 76.600 | $ 38.300 | $ 54.500 | $ 0 | $ 0 | $ 764.900 |
| C 21568068 | ROCIO DEL CARMEN CASTAÑO ACUDELO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | X | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (25-14) COLPENSIONES | $ 74.869 | $ 12.000 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 74.869 | $ 9.400 | 0,000 | $ 74.869 | $ 0 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 74.869 | $ 3.000 | $ 1.500 | $ 2.300 | $ 0 | $ 0 | $ 29.200 |



Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Pagado: 09/09/2024 | Empresa NI890982430 ESE HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA | Planilla Nro: 72860771 | Periodo Cotización: agosto de 2024 | Periodo Servicio: septiembre de

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APH | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| C 21588093 | ROCIO DEL CARMEN CASTAÑO AGUDELO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 29 | 29 | 29 | 29 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.169.441 | $ 347.200 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 2.169.441 | $ 271.200 | 2,436 | $ 2.169.441 | $ 52.900 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 2.169.441 | $ 86.800 | $ 43.400 | $ 65.100 | $ 0 | $ 0 | $ 868.800 |
| C 21588053 | ALEIDA VILLARREAL RIVERA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.104.517 | $ 336.800 | (EPS010) EPS SURA | $ 2.104.517 | $ 263.100 | 2,436 | $ 2.104.517 | $ 51.300 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 2.104.517 | $ 84.200 | $ 42.100 | $ 63.200 | $ 0 | $ 0 | $ 840.700 |
| C 21588433 | SANDRA MARIA GUERRA PAJARO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 4.406.869 | $ 705.100 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 4.406.869 | $ 550.900 | 2,436 | $ 4.406.869 | $ 107.400 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 4.406.869 | $ 176.300 | $ 88.200 | $ 132.300 | $ 0 | $ 0 | $ 1.760.200 |
| C 21588473 | NYDIA DE LOS ANGELES ESCOBAR SUAREZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230701) PROTECCION | $ 2.244.249 | $ 359.100 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 2.244.249 | $ 280.600 | 2,436 | $ 2.244.249 | $ 54.700 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 2.244.249 | $ 89.800 | $ 44.900 | $ 67.400 | $ 0 | $ 0 | $ 898.500 |
| C 32557142 | NORA EMILSE CARDONA CUARTAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.856.926 | $ 297.200 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 1.856.926 | $ 232.200 | 2,436 | $ 1.856.926 | $ 45.300 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 1.856.926 | $ 74.300 | $ 37.200 | $ 55.800 | $ 0 | $ 0 | $ 742.000 |
| C 34961196 | ROCIO DEL ROSARIO BRAVO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.244.249 | $ 359.100 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 2.244.249 | $ 280.600 | 2,436 | $ 2.244.249 | $ 54.700 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 2.244.249 | $ 89.800 | $ 44.900 | $ 67.400 | $ 0 | $ 0 | $ 898.500 |
| C 39270691 | NELLIS VARGOT OSORIO ARCIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.716.139 | $ 274.600 | (EPS042) COOSALUD CONTRIBUTIVO | $ 1.716.139 | $ 214.600 | 2,436 | $ 1.716.139 | $ 41.800 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 1.716.139 | $ 68.700 | $ 34.400 | $ 51.500 | $ 0 | $ 0 | $ 685.200 |
| C 45505006 | ANATOLIA OSORIO BENAVIDES | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 2.244.249 | $ 359.100 | (EPS040) SAVIA SALUD | $ 2.244.249 | $ 280.600 | 2,436 | $ 2.244.249 | $ 54.700 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 2.244.249 | $ 89.800 | $ 44.900 | $ 67.400 | $ 0 | $ 0 | $ 898.500 |
| C 71616626 | WILSON BENEDICTO GIRALDO SANCHEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.639.885 | $ 262.400 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.639.885 | $ 205.000 | 2,436 | $ 1.639.885 | $ 40.000 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 1.639.885 | $ 65.600 | $ 32.800 | $ 49.200 | $ 0 | $ 0 | $ 655.000 |
| C 8047226 | ARTURO MIGUEL VELEZ DURAN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | X | | | | | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | (25-14) COLPENSIONES | $ 149.616 | $ 24.000 | (EPS042) COOSALUD CONTRIBUTIVO | $ 149.616 | $ 18.600 | 0,000 | $ 149.616 | $ 0 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 149.616 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 42.900 |
| C 8047226 | ARTURO MIGUEL VELEZ DURAN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 27 | 27 | 27 | 27 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.019.825 | $ 323.200 | (EPS042) COOSALUD CONTRIBUTIVO | $ 2.019.825 | $ 252.500 | 2,436 | $ 2.019.825 | $ 49.300 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 2.019.825 | $ 80.800 | $ 40.400 | $ 60.600 | $ 0 | $ 0 | $ 806.900 |
| C 8625794 | ROBINSON RAFAEL TOVAR SOLANO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 7.737.575 | $ 1.315.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 7.737.575 | $ 967.200 | 2,436 | $ 7.737.575 | $ 188.500 | (CCF03) COMFENALCO ANTIOQUIA | $ 7.737.575 | $ 309.600 | $ 154.800 | $ 232.200 | $ 0 | $ 0 | $ 3.167.900 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 72.853.030 | $ 72.853.030 | $ 72.853.030 | $ 72.821.747 | $ 11.909.300 | $ 9.108.200 | $ 1.733.300 | $ 2.850.700 | $ 1.425.900 | $ 2.138.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 29.166.100 | $ 0 | $ 29.166.100 |



Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

enlace operativo

# SuAporte | AUTOLIQUIDACIÓN GENERAL

**Fecha creación reporte:** 2024-09-14, 09:53:52 AM **Número planilla:** 72860755

**Periodo Cotización:** agosto de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024

**PAGADO 09/09/2024**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ESE HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA | | | | |
| **Documento** | NI890982430 | **Dirección** | CR 50 #52 - 48 | | |
| **Tipo de Empresa** | PAGADOR PENSIONES | **Teléfono** | 8362039 | | |
| **Tipo Persona** | JURÍDICA | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Pensionados** | 2 |
| **Ciudad** | MEDELLIN | **Departamento** | ANTIOQUIA | | |
| **Representante Legal** | DIAZ AREIZA ELIAS DAVID | **Identificación** | CC 98710728 | | |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Pensionado | | | | | | | | | Novedades | | | | | | | | | | | Pensiones | | | | | Salud | | Cajas | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Pensionado | Tipo Pensión | Pensionado Residente en el Exterior | Pago situado en el exterior | Pensión Compartida | Identificación Causante | Apellidos y Nombres Causante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | SUS | Días AFP | Días FSP | Días EPS | Días CCF | Mesada Pensional | Administradora | Aporte Pensión | FSP Solidaridad | FSP Subsistencia | Aporte FSP Subsistencia | Administradora | Aporte Salud | Administradora | Aporte Caja |
| CC 3423413 | GOMEZ ARANGO GERARDO ANGEL | 01 | 02 | No | No | No | CC 43080247 | MORENO RUTH MARIA | | | | | | | | | 0 | 0 | 30 | 0 | $ 1.300.000 | NINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | EPS037 - NUEVA EPS | $ 52.000 | NINGUNA CCF | $ 0 |
| CC 3445653 | GUTIERREZ ESPINOSA JHON IVAN | 02 | 02 | No | No | No | CC 21638680 | MASSON MELENDEZ ELVIRA | | | | | | | | | 0 | 0 | 30 | 0 | $ 1.300.000 | NINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | EPS037 - NUEVA EPS | $ 52.000 | NINGUNA CCF | $ 0 |

## III.TOTALES

| Mesada Pensional | Aportes Pensión | Aportes Fondo solidaridad pensional | Aportes Salud | Aportes Cajas | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 2.600.000 | $ 0 | $ 0 | $ 104.000 | $ 0 | $ 104.000 | $ 0 | $ 104.000 |



Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

Empresa Social del Estado
Hospital Isabel La Católica

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL ISABEL LA CATÓLICA
NIT 890982430-6
"POR UNA ATENCIÓN HUMANIZADA Y SEGURA"

**EL SUSCRITO GERENTE DE LA ESE HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA**

**CERTIFICA**

En mi calidad de Gerente certifico que la **E.S.E. HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA** de Cáceres Antioquia con NIT. 890.982.430-6, ha cumplido durante los doce (12) meses anteriores a la fecha de expedición de este documento, con el pago de aportes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación, ICBF y SENA de acuerdo con las normas vigentes y con las demás obligaciones fiscales del orden Regional y Nacional. Que durante el mes de septiembre 2.024 realizo el último pago de aportes correspondientes al mes de agosto de 2024 a la seguridad social, según planillas **72860771- 72860756**

Para constancia de lo anterior se emite este documento a los dieciséis (16) días del mes de septiembre del 2024, para realizar trámites legales ante una entidad de carácter oficial.

Cordialmente,

**ROBINSON RAFAEL TOVAR SOLANO**
Gerente
ESE Hospital Isabel La Católica

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

D 1 B 1 1 C 0 2 3 5 E 3 7 8 0 3

**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 **MARIELA SOLIPA PEREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1067291281 de PUEBLO NUEVO (CORDOBA) Y Tarjeta Profesional No 274575-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** **********
**********
**********

Dado en BOGOTA a los 13 días del mes de Agosto de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

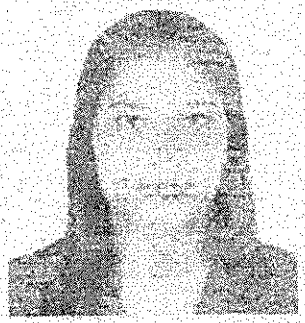
Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067.291.281
SOLIPA PEREZ

APELLIDOS
MARIELA

NOMBRES
Mariela Solipa
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-SEP-1995
PLANETA RICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.61 | O+ | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

18-OCT-2013 PUEBLO NUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1303100-00526913-F-1067291281-20131218 0036263766A 1 41233597

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

# 274575-T



**MARIELA**
**SOLIPA PEREZ**
**C.C. 1067291281**
**RES. INSCRIPCION 1752 DEL 29/09/2020**
**CORPORACION UNIVERSITARIA REMINGTON**

**JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA**
**DIRECTOR GENERAL**

**295715** **309025**

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

# Gobernación de Antioquia
## Secretaria de Hacienda
## Certificado de Disponibilidad Presupuestal

| | | | |
|---|---|---|---|
| CDP Número | 3500055109 | Fecha de Creación | 13.11.2024 |
| PAC-CDP No | | Fecha Vencimiento | 31.12.2024 |
| Fecha de Impresión | 13.11.2024 | Página | 1 de 1 |
| Estado de Liberación | Aprobado | | |

Descripción: OBJETO: Adición y Modificación N°01 del Convenio N°4600017329 cuyo objeto es: Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital Isabel la católica de Cáceres<(>,<)> representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad<(>,<)> destinados a la prestación de servicios de salud. NECESIDAD: 51654. Solicitado Miercoles 13 de Noviembre 2024

Se certifica que a la fecha de expedición del presente documento existe apropiación con saldo disponible contra la cual se puede ordenar gastos en el codigo y valor que se detalla a continuación:

Item: 1 Valor: 121,678,524 COP
Rubro: 2320202008/131D/4-PS3031/C19032/010105 SGP - SALUD - OFERTA MejorAccesServSaludPoblacResidenteDptoDeAntioquia
Proyecto: 01-0105/006>008 Subsidio a la Oferta

**Importe Total: La Suma de CIENTO VEINTIUN MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO PESOS**
**Valor: 121,678,524 COP**

| Solicitó | Elaboró | Aprobó |
|---|---|---|

| GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA | **CERTIFICADO DE REGISTRO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS**<br><br>**REGISTRO Y/O ACTUALIZACIÓN** | Código: FO-M1-P1-007<br>Versión: 03<br>Fecha de aprobación 23/10/2013 |
|---|---|---|

**Fecha de generación:** Miercoles 02 de Octubre del 2024 **Vigente hasta:** Jueves 02 de Enero del 2025

| INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre MGA:** | Mejoramiento del acceso a los servicios de salud para la población residente en el departamento de Antioquia | | |
| **Nombre corto:** | Aseguramiento y Prestación de Servicios | | |
| **BPIN/BPID:** | 2024003050144 | **Elemento PEP:** | 01-0105 |
| **Entidad Responsable:** | SRIA SECC SALUD Y PROT SO | | |
| **Sector:** | 19 - Salud y protección social | **Estado:** | Registrado Actualizado |
| **Serv. público formulador:** | MARTA CECILIA RAMIREZ ORREGO | **Teléfono:** | 3839805 |

| ARTICULACIÓN PLAN DE DESARROLLO | |
|---|---|
| **Plan de Desarrollo:** | (2022-2026) Colombia Potencia Mundial de la Vida |
| **Programa:** | 520104-Gobernabilidad y rectoría del sistema de salud |

**ESTRUCTURA FINANCIERA DEL PROYECTO (cifras en pesos)**

| Nombre Actividad | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | Total Actitividad |
|---|---|---|---|---|---|
| Gestión del Proyecto | 5,438,014,490 | 8,772,713,643 | 9,311,514,143 | 9,763,500,139 | 33,285,742,415 |
| Dllo capacidades apoyo gestión | 1,399,906,850 | 7,577,700,549 | 8,043,106,010 | 8,433,522,777 | 25,454,236,186 |
| Informac, educac y comunicación | 0 | 61,748,073 | 65,540,502 | 68,721,873 | 196,010,448 |
| Apoyo Logístico | 0 | 56,455,381 | 59,922,744 | 62,831,427 | 179,209,552 |
| Operar y Fortalecer el CRUE | 1,412,583,994 | 2,998,309,984 | 3,182,459,495 | 3,336,937,826 | 10,930,291,299 |
| Subsidio a la Oferta | 1,595,762,796 | 5,192,444,884 | 5,374,180,455 | 5,562,276,770 | 17,724,664,905 |
| Programa Inimputables | 1,101,058,400 | 4,659,632,000 | 4,945,817,000 | 5,185,889,000 | 15,892,396,400 |
| Atención Población PNA | 4,860,000,000 | 14,113,845,202 | 14,980,686,082 | 15,707,856,781 | 49,662,388,065 |
| Atención Población PNA - no PBS | 58,007,432,009 | 51,169,244,480 | 54,311,945,322 | 56,948,277,651 | 220,436,899,462 |
| Atención PNA Urgen Red Pública | 9,352,858,836 | 8,821,153,252 | 9,362,928,802 | 9,817,410,489 | 37,354,351,379 |
| Atención PNA Urgen Red Privada | 7,676,148,136 | 8,821,153,250 | 9,362,928,800 | 9,817,410,487 | 35,677,640,673 |
| Atención Población PNA Tutelas | 996,851,311 | 882,115,325 | 936,292,881 | 981,741,049 | 3,797,000,566 |
| Atenc pob víctim conflict armad | 20,000,000 | 17,642,307 | 18,725,858 | 19,634,821 | 76,002,986 |
| Atenci PNA Déficit Vigenc Anter | 82,665,720,474 | 82,161,211,713 | 87,207,370,016 | 91,440,463,477 | 343,474,765,680 |
| Operación Aérea | 189,991,345 | 3,488,766,103 | 3,703,038,334 | 3,882,785,851 | 11,264,581,633 |
| Cofinanciac Régimen Subsidiado | 127,072,235,892 | 390,536,664,999 | 414,522,555,508 | 434,643,707,810 | 1,366,775,164,209 |
| Dllo capacid AOAT capacitación | 0 | 201,327,828 | 213,692,934 | 224,065,706 | 639,086,468 |
| **Total Actividades** | **301,788,564,533** | **589,532,128,973** | **625,602,704,886** | **655,897,033,934** | **2,172,820,432,326** |

**ANÁLISIS PROPUESTA DE DISTRIBUCIÓN - RECURSOS SUBSIDIO A LA OFERTA**
**(Artículo 4 Resolución 484 de 2024)**

| **Nombre Entidad Territorial que presenta la distribución** | Departamento de Antioquia |
|---|---|
| **No. Radicado MSPS** | **2024423001217882** |
| **Monto a distribuir SGP – Subsidio a la Oferta** | |
| Última doceava de 2023 | |
| Once doceavas de 2024 | |
| Remanentes SGP | 0 |
| Rendimientos SGP | |
| Recursos de Balance SGP | 1.127.257.128 |
| **TOTAL MONTO A DISTRIBUIR** | **1.127.257.128** |

## ANTECEDENTES

En cumplimiento del artículo 4 de la Resolución 484 de 2024, el **Departamento de Antioquia** remitió la propuesta de distribución de los recursos de balance correspondientes al Subcomponente Subsidio a la Oferta de la participación en salud del Sistema General de Participaciones, correspondientes a la suma de **MIL CIENTO VEINTISIETE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CIENTO VEINTIOCHO PESOS M/CTE. ($1.127.257.128),** los cuales fueron adicionados mediante el Decreto 2024423001217882, al presupuesto del Departamento de Antioquia.

En la misma se indica que. Se anexa propuesta de distribución en tres (3) folios y el Excel con los cálculos efectuados.

## ANÁLISIS

Una vez analizada la propuesta de distribución, se evidencia que el Departamento de Antioquia aplicó los criterios de distribución establecidos en el numeral 4.2 del artículo 4 de la Resolución 484 de 2024, dando como resultado los valores por cada municipio no certificado y las sumas a ser contratadas con las catorce (14) Empresas Sociales del Estado y un (1) administrador de infraestructura pública, los cuales hacen parte del listado de fecha 22 de marzo de 2024 y su actualización de fecha 11 de junio de 2024 publicados por este Ministerio, como se relaciona a continuación:

| **No.** | **Municipio** | **Nombre de la IPS** | **Valor distribuido a contratar** |
|---|---|---|---|
| 1 | Argelia | ESE Hospital San Julian | $42.166.859 |

**ANÁLISIS PROPUESTA DE DISTRIBUCIÓN - RECURSOS SUBSIDIO A LA OFERTA**
**(Artículo 4 Resolución 484 de 2024)**

| No. | Municipio | Nombre de la IPS | Valor distribuido a contratar |
|---|---|---|---|
| 2 | Cáceres | ESE Hospital Isabel La Católica | $121.678.524 |
| 3 | Caicedo | E.S.E. Hospital Guillermo Gaviria Correa | $47.873.006 |
| 4 | Gómez Plata | ESE Hospital Santa Isabel | $38.821.435 |
| 5 | Jericó | Nueva ESE Hospital San Rafael Jericó | $42.825.588 |
| 6 | La Pintada | ESE Hospital Antonio Roldan Betancur | $33.968.768 |
| 7 | Murindó | ESE Hospital San Bartolomé | $153.308.935 |
| 8 | Puerto Berrío | ESE Hospital Cesar Uribe Piedrahita | $82.114.734 |
| 9 | San Juan de Urabá | ESE Hospital Hector Abad Gómez | $100.357.537 |
| 10 | Sopetrán | ESE Horacio Muñoz Suescun | $48.795.240 |
| 11 | Tarazá | ESE Hospital San Antonio | $85.100.170 |
| 12 | Toledo | ESE Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes | $45.537.302 |
| 13 | Uramita | ESE Hospital Tobías Puerta | $51.598.772 |
| 14 | Vigía del Fuerte | ESE Hospital Atrato Medio Antioqueño | $140.239.881 |
| 15 | Zaragoza | Centro Médico Cubis Limitada | $92.870.377 |
| **Total Distribuido** | | | **$ 1.127.257.128** |

## CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, se considera procedente que el **Departamento de Antioquia** continúe con los trámites correspondientes para la , suscripción o adición de los convenios o contratos para garantizar la transferencia del subsidio a la oferta a las catorce (14) Empresas Sociales del Estado y un (1) administrador de infraestructura pública que se relacionan a continuación, los cuales hacen parte de listado de fecha 22 de marzo de 2024 y su actualización de fecha 11 de junio de 2024 publicados por este Ministerio.

| No. | Municipio | Nombre de la IPS | Valor a contratar |
|---|---|---|---|
| 1 | Argelia | ESE Hospital San Julian | $42.166.859 |
| 2 | Cáceres | ESE Hospital Isabel La Católica | $121.678.524 |
| 3 | Caicedo | E.S.E. Hospital Guillermo Gaviria Correa | $47.873.006 |
| 4 | Gómez Plata | ESE Hospital Santa Isabel | $38.821.435 |
| 5 | Jericó | Nueva ESE Hospital San Rafael Jericó | $42.825.588 |
| 6 | La Pintada | ESE Hospital Antonio Roldan Betancur | $33.968.768 |
| 7 | Murindó | ESE Hospital San Bartolomé | $153.308.935 |
| 8 | Puerto Berrío | ESE Hospital Cesar Uribe Piedrahita | $82.114.734 |
| 9 | San Juan de Urabá | ESE Hospital Hector Abad Gómez | $100.357.537 |
| 10 | Sopetrán | ESE Horacio Muñoz Suescun | $48.795.240 |
| 11 | Tarazá | ESE Hospital San Antonio | $85.100.170 |

**ANÁLISIS PROPUESTA DE DISTRIBUCIÓN - RECURSOS SUBSIDIO A LA OFERTA**
**(Artículo 4 Resolución 484 de 2024)**

| No. | Municipio | Nombre de la IPS | Valor a contratar |
|---|---|---|---|
| 12 | Toledo | ESE Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes | $45.537.302 |
| 13 | Uramita | ESE Hospital Tobías Puerta | $51.598.772 |
| 14 | Vigía del Fuerte | ESE Hospital Atrato Medio Antioqueño | $140.239.881 |
| 15 | Zaragoza | Centro Médico Cubis Limitada | $92.870.377 |
| **Total a Contratar** | | | **$ 1.127.257.128** |

Se firma a los 23 días del mes de octubre de 2024.

Firmado digitalmente por Adriana Rodriguez Rojas

**E. ROJAS**
**Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria**

# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 8635794 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 01/11/2024 03:33 PM

Código Verificación: **TVLXBW8JQZ**

Válida hasta: **30/01/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14967231826

(415)7707212489984(8020) 000001496723182 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 9 8 2 4 3 0 | 6 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona jurídica 1 | | | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

35. Razón social
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | HILAC |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Cáceres 1 2 0 |

41. Dirección principal
CRA 50 52 48 BRR CENTRO

42. Correo electrónico hospitalcaceres@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 1 7 2 6 9 2 8 9 | 6 0 4 8 3 6 2 0 3 9 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 1 0 | 1 9 6 4 1 1 0 7 | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 6 | 7 | 1 | 4 | 1 | 6 | 4 | 2 | 5 | 2 | 5 | 5 | | | | | | | | | | | | | | |

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | |

| Exportadores | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 12 - 12 / 15 : 54: 34

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre DIAZ AREIZA ELIAS DAVID

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14967231826

(415)7707212489984(8020) **000001496723182 6**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 9 0 9 8 2 4 3 0 | 6 | Impuestos de Medellín | 1 1 | |

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 3 | 63. Formas asociativas | | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | 2 3 |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | 2 |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 8 | 0 2 |
| 72. Número | 2 2 1 | 0 1 0 |
| 73. Fecha | 1 9 6 4 1 1 0 7 | 1 9 9 4 0 6 0 7 |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 4 | 0 1 |
| 76. Fecha de registro | 1 9 6 4 1 1 0 7 | 1 9 9 4 0 6 0 7 |
| 77. No. Matrícula mercantil | | |
| 78. Departamento | 0 5 | 0 5 |
| 79. Ciudad/Municipio | 1 2 0 | 1 2 0 |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | 1 9 9 4 0 5 0 1 | 1 9 9 4 0 6 0 7 |
| 81. Hasta | 2 0 1 4 1 1 3 0 | 2 0 1 5 1 2 3 1 |

## Composición del Capital

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | 1 0 0 % |
| 83. Nacional público | 1 0 0 . 0 % |
| 84. Nacional privado | 0 . 0 % |
| 85. Extranjero | 0 % |
| 86. Extranjero público | 0 . 0 % |
| 87. Extranjero privado | 0 . 0 % |

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

## Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 4 | 2 0 1 6 0 1 0 1 | | - |
| 2 | | Año Mes Día | | - |
| 3 | | Año Mes Día | | - |
| 4 | | Año Mes Día | | - |
| 5 | | Año Mes Día | | - |

## Vinculación económica

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|
| | | | |

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14967231826

(415)7707212489984(8020) 000001496723182 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 9 8 2 4 3 0 | 6 | Impuestos de Medellín | 1 1 |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 2 0 0 5 1 1 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 9 8 7 1 0 7 2 8 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DIAZ | AREIZA | ELIAS | DAVID |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Revisor Fiscal y Contador

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14967231826

(415)7707212489984(8020) **000001496723182 6**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 9 8 2 4 3 0 | 6 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor fiscal principal**

| 124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 132. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 135. Fecha de nombramiento |
|---|
| |

**Revisor fiscal suplente**

| 136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 144. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 147. Fecha de nombramiento |
|---|
| |

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 6 6 8 7 4 6 7 | | 4 7 4 3 6 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| QUIJANO | CALAMBAS | ARBEY | |

| 156. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 157. DV | 158. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 1 7 0 8 0 1 |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Cáceres, noviembre 13 de 2024
Doctora
MARTA CECILIA RAMIREZ ORREGO
Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
Medellín – Antioquia

Asunto: Aceptación de modificación del convenio No.4600017329, para ejecutar recursos de subsidio a la oferta 2024.

Mediante la presente comunicación y en calidad de representante legal de la E.S.E. Hospital Isabel la católica del municipio de Cáceres , con Nit:890982430-6, manifiesto la aceptación de la modificación y/o adición del convenio No. 4600017329, cuyo objeto es: financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital Isabel la católica, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud, para la ejecución de los recursos del SGP componente subsidio a la oferta, vigencia 2024.

Cordialmente,

ROBINSO RAFAEL TOVAR SOLANO
Representante Legal
Ese Hospital Isabel la católica

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **8.635.794**

**TOVAR SOLANO**

APELLIDOS

**ROBINSON RAFAEL**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAR-1966**

**SABANALARGA**
**(ATLANTICO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.80** ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

**11-JUL-1984 SABANALARGA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0304600-00045421-M-0008635794-20080912 **0002**09173A 1 3460001592


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.067.291.281
SOLIPA PEREZ
APELLIDOS
MARIELA
NOMBRES
Mariela Solipa
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 26-SEP-1995
PLANETA RICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
18-OCT-2013 PUEBLO NUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-1303100-00526913-F-1067291281-20131218
0036263766A 1
41233597



República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

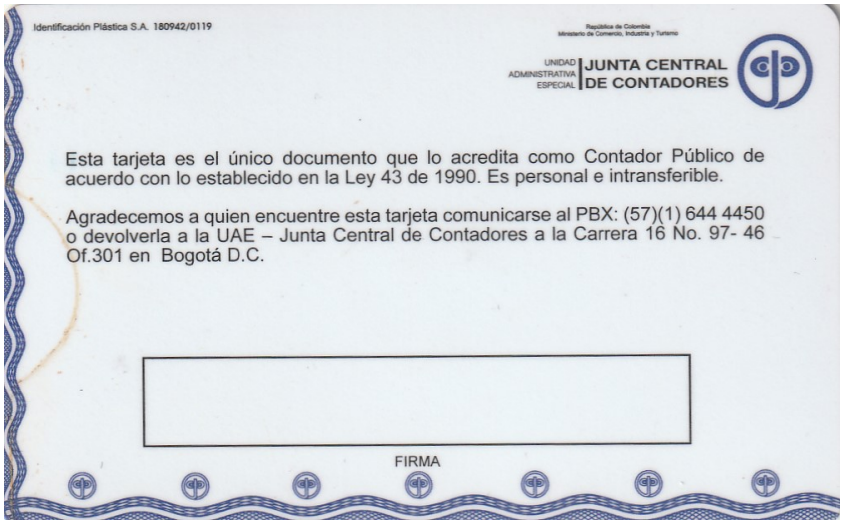
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

**274575-T**

**MARIELA**
**SOLIPA PEREZ**
**C.C. 1067291281**
**RES. INSCRIPCION 1752 DEL 29/09/2020**
**CORPORACION UNIVERSITARIA REMINGTON**

**JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA**
**DIRECTOR GENERAL**

**295715** **309025**



Identificación Plástica S.A. 180942/0119

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 11:59:35 AM horas del 14/11/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **8635794**
Apellidos y Nombres: **TOVAR SOLANO ROBINSON RAFAEL**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 14/11/2024 02:14:33 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **8635794 .**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **105071160** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

**COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN**

Señores
**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA**
Ciudad

Yo **ROBINSON RAFAEL TOVAR SOLANO**, identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado Colombiano y de la Ese Hospital Isabel la católica para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estamos en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación.
3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dadivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación
5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los 15 días del mes de noviembre de 2024.

**Nombre:** ROBINSON RAFAEL TOVAR SOLANO
**Cargo**: Gerente Ese Hospital Isabel la católica
**Documento de Identidad**: 8.635794

**DECLARACIÓN NO LAVADO DE ACTIVOS NI FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO**

Señores
**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA**
Ciudad

Yo **ROBINSON RAFAEL TOVAR SOLANO** sus accionistas o socios y/o administradores miembros de junta directiva, representantes legales, apoderados, revisor fiscal o quien haga sus veces manifestamos bajo la gravedad de juramento que:

a. No Estamos incluidos en la lista ONU emitida por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas o la lista emitida por la oficina de control de activos extranjeros de las Naciones Unidas (OFAC) también conocida como lista Clinton, ni en ninguna otra lista restrictiva emitida por organismos nacionales o internacionales, policiales, judiciales o de investigación con igual fin.

b. No hemos participado en actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los 15 días del mes de noviembre de 2024.

**Nombre:** ROBINSON RAFAEL TOVAR SOLANO
**Cargo**: Gerente Ese Hospital Isabel la católica
**Documento de Identidad**: 8.635794

**DECLARACIÓN INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES, PROHIBICIONES Y CONFLICTO DE INTERESES**

Señores
**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA**
Ciudad

El suscrito declara que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con las Leyes: 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011, 2013 de 2019 y demás normas sobre la materia.

Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 numeral 7o. y 52 y los efectos legales consagrados en el Artículo 44 numeral. 1o. del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. Declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad, incompatibilidad o prohibición, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento, así mismo certifico la inexistencia de conflicto de interés.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los 15 días del mes de noviembre de 2024

**Nombre:** ROBINSON RAFAEL TOVAR SOLANO
**Cargo**: Gerente Ese Hospital Isabel la católica
**Documento de Identidad**: 8.63579

**DECLARACIÓN DE NO MULTAS, SANCIONES, DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO**

Señores
**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA**
Ciudad

Asunto: Declaración de no multas, sanciones, declaratorias de incumplimiento.

Yo **ROBINSON RAFAEL TOVAR SOLANO** identificado con la cédula de ciudadanía No 8.63579, actuando como Representante Legal de la Ese Hospital Isabel la católica, declaro bajo la gravedad de juramento que la firma que represento no ha sido objeto de multas, sanciones, declaratorias de incumplimiento a consecuencia de incumplimientos cualquierasea su denominación, durante los últimos tres (3) años.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los 15 días del mes de noviembre de 2024

Cordialmente,

**Nombre:** ROBINSON RAFAEL TOVAR SOLANO
**Cargo**: Gerente Ese Hospital Isabel la católica
**Documento de Identidad**: 8.63579

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL ISABEL LA CATÓLICA
NIT 890982430-6
"POR UNA ATENCIÓN HUMANIZADA Y SEGURA"



Municipio de Cáceres Antioquia
Cra. 50 # 52 – 48, Barrio Centro
Hospitalcaceres@gmail.com

# CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 16:17:25 horas del 18/11/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **8635794,**
Apellidos y Nombres **TOVAR SOLANO ROBINSON RAFAEL**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA**, con NIT **890982430-6** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 14 de noviembre de 2024, a las 13:56:47, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Número de identificación tributario |
| No. Identificación | 890982430 |
| Código de Verificación | 890982430241114135647 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 14 de noviembre de 2024, a las 11:52:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 8635794 |
| Código de Verificación | 8635794241114115242 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

**EL SUSCRITO GERENTE DE LA ESE HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA**

**CERTIFICA**

En mi calidad de Gerente certifico que la **E.S.E. HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA** de Cáceres Antioquia con NIT. 890.982.430-6, ha cumplido durante los doce (12) meses anteriores a la fecha de expedición de este documento, con el pago de aportes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación, ICBF y SENA de acuerdo con las normas vigentes y con las demás obligaciones fiscales del orden Regional y Nacional. Que durante el mes de noviembre 2.024 realizo el último pago de aportes correspondientes al mes de octubre de 2024 a la seguridad social, según planillas **73970868- 74271980**

Para constancia de lo anterior se emite este documento a los doce (12) días del mes de noviembre del 2024, para realizar trámites legales ante una entidad de carácter oficial.

Cordialmente,

**MARIELA SOLIPA PEREZ**
Contador
ESE Hospital Isabel La Católica

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 258001410

PIB
13:55:21


Bogotá DC, 14 de noviembre del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), la persona EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA identificado(a) con NIT número 8909824306:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

0181102359E97803

**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 **MARIELA SOLIPA PEREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1067291281 de PUEBLO NUEVO (CORDOBA) Y Tarjeta Profesional No 274575-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** * * *

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 257991502

PIB
11:50:31


Bogotá DC, 14 de noviembre del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ROBINSON RAFAEL TOVAR SOLANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 8635794:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

# GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

## REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **RPC No.** | 4500063874 | **Fecha Creación:** | 05.12.2024 |
| **Beneficiario:** | 8909824306 E.S.E. HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA | **Fecha Impresión:** | 05.12.2024 |
| | | **Estado Liberación:** | LIBERADO |
| **Contrato:** | 4600017329 | **Página:** | 1 de 1 |

**Descripcion:**
OBJETO: Adición y Modificación N°01 del Convenio N°4600017329 cuyo objeto es: Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital Isabel la católica de Cáceres, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación

**Item:** 00001 **Valor Total:** 121.678.524 COP
**Rubro:** 2-3-2-02-02-008/131D /4-PS3031/C19032 /01-0105/006>008
**Proyecto:** 01-0105/006>008
**CDP Asociados:** 3500055109 /
**Programacion PAC:**
Dic : 121.678.524

**Importe total:** La suma de CIENTO VEINTIUN MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO COP
**Valor:** **121.678.524 COP**

Solicitó:

Visó:

Aprobó:

## SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

## ACTA N° 61– 2024

| | |
|---|---|
| **Fecha** | 20 de noviembre de 2024 |
| **Hora** | 03:00 PM |
| **Lugar** | Reunión Virtual- PLATAFORMA TEAMS |

**MIEMBROS:**

| Nombre | Cargo |
|---|---|
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – SALUD. |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | DIRECTORA DE ASUNTOS LEGALES – SALUD. |
| YANNETH BIBIANA CORREA RUIZ | ROL LOGISTICO |
| ELIANA ZULUAGA CHAVARRÍA | ROL LOGISTICO |

**INVITADO (S) PERMANENTE (S):**

| Nombre | Cargo |
|---|---|
| | |

**ASISTENTES:**

| Nombre | Cargo |
|---|---|
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – SALUD. |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | DIRECTORA DE ASUNTOS LEGALES – SALUD. |
| JUAN DAVID BERRIO VARGAS | SUBSECRETARIO (E) DE PRESTACION Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD/DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD |
| ELIZABETH GÓMEZ GÓMEZ | DIRECTORA DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA |
| YANETH MONTOYA MEJIA | ROL JURÍDICO |
| LEIDY JOHANA LÓPEZ ZULUAGA | ROL JURÍDICO |
| YANNETH BIBIANA CORREA RUIZ | ROL LOGISTICO |
| ELIANA ZULUAGA CHAVARRÍA | ROL LOGISTICO |
| GABRIEL JAIME RAMIREZ ZAPATA | ROL TECNICO |
| LILIA ELEDEC CALDERON MURGAS | ROL TECNICO |
| DORA GÓMEZ GÓMEZ | ROL TECNICO |

**ORDEN DEL DÍA:**

1. Solicitud para dar inicio del proceso contractual.
2. Solicitudes para adición y prorroga de procesos contractuales.
3. Solicitud para adjudicar procesos contractuales.

**DESARROLLO DEL TEMARIO:**

De conformidad con la Resolución S 2024060075559 de fecha de 17 de mayo de 2024 se conformó el Comité Interno de Contratación de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia para analizar, orientar y recomendar los siguientes procesos contractuales:

1. **Solicitudes para iniciar procesos contractuales**

**1.1. Dirección o Dependencia: Laboratorio Departamental**

**1.1.1. Solicitud para iniciar proceso de Contratación Directa– No pluralidad de oferentes con AM ASESORÍAS Y MANTENIMIENTO LTDA., con NIT 830.034.233 - 7 No. de Estudio Previo: 16245.**

| | |
|---|---|
| **Objeto** | Realizar el mantenimiento preventivo a los equipos Fotodocumentador marca Bio-Rad, Termocicladores tiempo real marca Bio-Rad modelo CFX96, Termocicladores tiempo real marca Bio-Rad modelo CFX96 OPUS y Termociclador convencional marca Bio-Rad, modelo T100 y mantenimiento correctivo a equipo Termociclador tiempo real marca Bio-Rad modelo CFX96 de la Dirección del Laboratorio Departamental de Salud Pública – Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. |
| **Presupuesto Oficial** | $ 25.339.860 IVA **incluido** |
| **Número y valor de CDP o Vigencia Futura** | **CDP**: 3500055104 – 13.11.2024. - $25.339.660 |
| **Certificado de Registro de Programas y Proyectos** | Nombre: Fortalecimiento de la vigilancia en Salud Publica en Antioquia<br>Código: BPIN/BPID: 2024003050148<br>Elemento: PEP: 01-0103<br>Vigente hasta: jueves 12 de diciembre del 2024 |
| Plazo | Veinte (20) días, contados a partir de la fecha del acta de inicio, sin superar el 13 de diciembre de 2024. |
| **Expone** | Gabriel Jaime Ramírez Zapata |
| **Miembros del CAE** | Rol Jurídico: Yaneth Montoya Mejía<br>Rol Logístico: Yanneth Bibiana Correa Ruiz<br>Rol Técnico: Gabriel Jaime Ramírez Zapata |
| **Directivo del Área Responsable del Proyecto** | ***ELIZABETH GÓMEZ GÓMEZ***<br>*Directora Laboratorio Departamental del Salud Pública* |

| | |
|---|---|
| **Documentos aportados** | Estudios Previos N°16245<br><br>1. **Anexo No. 1:** Requerimientos técnicos<br>2. **Anexo No. 2:** Plan de Aseguramiento Metrológico LDSP 2024<br>3. **Anexo No. 3:** Certificados de Exclusividad<br>4. **Anexo No. 4:** Oferta Económica AM ASESORIA Y MANTENIMIENTO LTDA<br>5. **Anexo No. 5:** Presupuesto Oficial<br>6. **Anexo No. 6:** Matriz de riesgos<br>7. Certificado de Disponibilidad Presupuestal:<br>8. Certificado banco de proyecto<br>9. Certificado de Planeación.<br>10. Resolución Comité Asesor y Evaluador<br>11. Documentos del Contratista |

**Observaciones:** El Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP), como Laboratorio de referencia y de acuerdo con lo establecido en el Capítulo II, Artículo 16 del Decreto 2323 de 2006 tiene que ver con los laboratorios municipales, por su parte la Resolución 4547 de 1998 que trata sobre exámenes de Interés en Salud Pública, tiene como deber, realizar exámenes de interés en Salud Pública en apoyo a la función del Estado, mediante el diagnóstico de eventos de Interés en Salud Publica en el área de Atención a las personas, al ambiente y sus factores de riesgo, recopilar, procesar, analizar y difundir oportunamente datos y resultados de los análisis de laboratorio de interés en salud pública, así como también realizar el control de calidad a la red de laboratorios en estos diagnósticos que incluyen enfermedades infecciosas transmisibles, realizar vigilancia a eventos de interés en factores de riesgo y consumo con el fin de apoyar la toma de decisiones para la vigilancia y control sanitario de la población del Departamento de Antioquia.

Es por lo anterior que debe asegurar que los equipos utilizados para el procesamiento y análisis de las pruebas sean los adecuados y que estén en condiciones óptimas de uso, logrando resultados confiables y minimizando el riesgo de obtener resultados de mediciones incorrectas.

Uno de los factores que determinan la exactitud y confiabilidad de los resultados es que estos equipos deben cumplir con los requisitos y parámetros de uso especificados por el fabricante; con el ánimo de garantizar que dentro del LDSP se dé cumplimento a cada uno de estos requisitos, se crea el Programa de Aseguramiento Metrológico (PAME) y de esta manera se logra gestionar información como la programación de intervenciones metrológicas a realizar, periodicidad y clase de las mismas, de todos los equipos utilizados en las diferentes áreas del Laboratorio.
Los equipos que hacen parte del presente objeto contractual son Un (1) Fotodocumentador marca Bio-Rad, tres (3) Termocicladores tiempo real marca Bio-Rad modelo CFX96, un (1) Termociclador tiempo real marca Bio-Rad modelo CFX96 OPUS y Un (1)Termociclador convencional marca Bio-Rad, modelo T100 los cuales son de propiedad del Laboratorio Departamental de Salud Pública, adquiridos por el departamento de Antioquia en los años 2009,2013,2020 y 2022, para procesar el método de Biología Molecular en acciones vigilancia, control de calidad y diagnostico en enfermedades de salud pública como

el COVID 19 , Influenza , Dengue, Tuberculosis y otros eventos de interés en salud pública priorizados desde el nivel Nacional.

En caso de no contar a corto plazo con la contratación bajo las condiciones planteadas para realizar estas intervenciones metrológicas a estos equipos, se afectaría al LDSP por no tener estándares de calidad competitivos para el medio, ya que estos procesos deben cumplir con la normatividad ISO 9001:2008 Sistemas de Gestión de la calidad - Requisitos Numeral 7.6 Control de los equipos de seguimiento y de medición, Literal a) y con la NTC-ISO/IEC 17025 Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración, Numeral 5.5, Equipos 5.5.2 a) y podrían verse afectadas actividades de vigilancia y control sanitario a cargo del Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia, así como la calidad y oportunidad de los análisis realizados en las áreas anteriormente descritas poniendo en riesgo la salud pública del Departamento de Antioquia.

| **VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS** | |
|---|---|
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | RECOMIENDA |
| YANNETH BIBIANA CORREA RUIZ | RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA SI__x__ NO____ RECOMIENDA ___ el presente contrato/convenio.**

**Se remite para recomendación por parte del Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación SI__x__ NO____**

**1.1.2. Solicitud para iniciar proceso de Contratación Directa por único proveedor con No. de estudio previo 24CD131D1967**

| | |
|---|---|
| **Objeto** | Recibir en comodato equipos en el Laboratorio Departamental de Salud Pública de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia para la implementación el programa de control de calidad de las de las pruebas de detección de tamizaje básico neonatal y de defectos congénitos según la ley 1980 de 2019. |
| **Presupuesto Oficial** | Sin cuantía. Sin embargo, para efectos contables, fiscales, de garantías y de responsabilidad de las partes, el valor del presente contrato será de Doscientos Ocho Millones Doscientos Cincuenta Mil Pesos ML ($ 208.250.000) IVA incluido, que corresponde al avalúo del equipo. |

| | |
|---|---|
| **Número y valor de CDP o VF** | N/A |
| **Certificado de Registro de Programas y Proyectos** | Nombre: Laboratorio Departamental Salud Publica<br>Código BPIN/BPID: 2020003050167<br>Elemento PEP: 01.0077<br>Vigente hasta: 11 de Julio de 2024 |
| **Plazo** | Cinco (5) años desde la firma del acta de inicio. |
| **Expone** | GABRIEL JAIME RAMÍREZ ZAPATA |
| **Miembros del CAE** | Rol Jurídico: Carolina Chavarría Romero y/o Leidy Johana López Zuluaga<br>Rol Logístico: Adriana Patricia Gaviria y/o Eliana Zuluaga Chavarria<br>Rol Técnico: Elizabeth Gómez Gómez y/o Gabriel Jaime Ramírez Zapata |
| **Directivo del Área Responsable del Proyecto** | Elizabeth Gómez Gómez |
| **Documentos aportados** | Estudios Previos y Anexos |

**Que se va hacer:** Luego de la realización del proceso de selección abreviada de menor cuantía número 15710 que buscaba una casa comercial que pudiera proporcionar los reactivos para el procesamiento de las pruebas del tamizaje básico de defectos congénitos, con el fin de realizar el montaje del programa de vigilancia y control de defectos congénitos priorizados según la ley 1980 de 2019.

Mediante Resolución 2024060246716 del 02 de agosto de 2024, se adjudicó el proceso a la casa comercial LABTRONICS SAS identificada con NIT 830.064.712-1, y posterior se suscribió contrato número 4600017352 del 28 de agosto de 2024proceso que además de los reactivos requeridos por el Departamento, tenía dentro de sus obligaciones técnica, la instalación de los equipos necesarios para el procesamiento automatizado de las muestras con la utilización de estos en muestras de sangre seca de cordón umbilical, entregados como apoyo tecnológico.
El objeto principal de este contrato es recibir como apoyo tecnológico los siguientes equipos:

- ANALIZADOR AUTOMATIZADO DE ELISA CHEMWELL 5100 (Marca AWARENESS)
- PONCHADOR AUTOMATICO (Marca ORIFIC)
- ANALIZADOR DE HEMOGLOBINA H9 HPLC (Marca LIFROTRONIC)
- AGITADOR DE PLACAS (Marca LABCENT)
- Equipos accesorios COMPUTADOR de escritorio (Marca HEWLETT PACKARD), UPS 3 KVA (Marca SOLTEC) y UPS 2 KVA (Marca SOLTEC).

**Impacto:** Con la instalación de estos equipos entregados como apoyo tecnológico se beneficiará a la población antioqueña con procesamiento de las muestras para diagnóstico y seguimiento de estos eventos de interés en salud pública y con el control de calidad a la red de laboratorios que procesen pruebas de tamizaje de defectos congénitos, con altos estándares de calidad que garantizaran procedimientos agiles, eficientes y oportunos.

| |
|---|
| **Nota:** Se advierte que, el plazo de este contrato está justificado en que a que a futuro no sería costo efectivo realizar procesos de verificación de métodos cada año, con los consecuentes inconvenientes que esto ocasiona: largos tiempos de los procesos de contratación, Importación e Instalación de equipos (entre 30 a 90 días), capacitaciones, a lo que además se debe sumar la disponibilidad del recurso humano especializado para la realización de estos procesos, disponibilidad de reactivos, muestras de pacientes caracterizadas y controles de calidad. |

| **VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS** | |
|---|---|
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | RECOMIENDA |
| ELIANA ZULUAGA CHAVARRÍA | RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA SI__x__ NO____ RECOMIENDA ___ el presente contrato/convenio.**

**Se remite para recomendación por parte del Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación SI__x__ NO____**

2. **Solicitudes para adicionar, prorrogar, modificar o suspender contratos/convenios:**

**2.1. Dirección o Dependencia: Salud Colectiva**

**2.1.1. Solicitud de Adición y Prórroga del contrato N° 4600017116 Contratista UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA – FACULTAD DE MEDICINA con NIT 890.980.040-8 No. Proceso en SECOP: 15640.**

| | |
|---|---|
| Objeto del contrato/convenio: | Fomentar la estrategia de telelorientación que permita el cuidado, la promoción y prevención de la salud mental y el apoyo emocional de los Antioqueños |
| Valor inicial del contrato | MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS MILLONES, OCHOCIENTOS SIETE MIL DOSCIENTOS CATORCE PESOS M/L ($1.152.807.214) EXCLUIDO DE IVA |
| Adiciones | N/A |
| Valor total con adiciones | N/A |
| Valor de la solicitud de adición | Se solicita adicionar el valor de *QUINIENTOS SETENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS DIEZ MIL* |

| | |
|---|---|
| | *DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS* ($572.910.253). |
| Porcentaje adicionado total | *Corresponde al **49.69%** del total del contrato.* |
| Número y valor de CDP/VF (Respaldo adición) | CDP 3500054984 Fecha de Creación 24.10.2024<br>Valor $18.478.386<br><br>CDP 3500054986 Fecha de Creación 24.10.2024<br>Valor $156.189.374<br><br>VF 6000003210 Fecha de Creación 06.11.2024<br>Valor $398.242.493 |
| Certificado de Registro de Programas y Proyectos | **Banco de proyectos:**<br>Nombre: Ecosistema de salud mental<br>BPIN/BPID: 2024003050133<br>Elemento PEP: 01-0097<br>Vigente hasta 19 de Febrero de 2025 |
| Plazo inicial | Cinco (5) meses y (15) días contados a partir de la suscripción del acta de inicio, sin sobrepasar el 5 de diciembre de 2024 |
| Solicitud Prórroga | Se solicita prorrogar el plazo del contrato en 2 meses 22 días, esto es, hasta el 27 de febrero de 2025 |
| Modificación | N/A |
| Supervisor – interventor | Dora Gómez Gómez |
| Expone | Dora Gómez Gómez |
| Documentos aportados: | • *Formato Lista de chequeo de modificación*<br>• *Solicitud o aceptación del contratista o asociado para la modificación al contrato o convenio.*<br>• *Informe de seguimiento a la contratación No5 del 18/11/2024*<br>• CDP 3500054984 Fecha de Creación 24.10.2024 Valor $18.478.386<br>• CDP 3500054986 Fecha de Creación 24.10.2024 Valor $156.189.374<br>• VF 6000003210 Fecha de Creación 06.11.2024 Valor $398.242.493<br>• *Certificado del Banco de Proyectos actualizado y vigente cuando se trate de proyectos de inversión.*<br>• *Documentos del Contratista* |
| **Observaciones:** La línea de teleorientación en salud mental ha experimentado un notable crecimiento tanto en la demanda de sus servicios como en sus acciones de promoción y prevención. Este aumento | |

refleja la necesidad continua y creciente de contar con un recurso confiable y accesible para atender las necesidades de apoyo psicológico de la población antioqueña.

El servicio no solo ha logrado posicionarse como un pilar de apoyo emocional y psicológico, sino que también ha ganado un amplio reconocimiento público, destacándose como un referente de calidad y eficacia en la prestación de servicios de salud mental. Además, la línea ofrece un valioso apoyo técnico a los profesionales en el territorio, fortaleciendo las redes de atención y promoviendo un enfoque integral en el manejo de la salud mental.

Un aspecto clave a considerar es que la línea permite optimizar recursos mediante la prestación de atenciones oportunas y de calidad, generando un impacto positivo tanto en términos de costo para la población como para la institucionalidad. La Línea de Salud para el Alma, además de su acción directa, se convierte en una herramienta esencial de apoyo para el despliegue institucional en el territorio, contribuyendo a que la labor de los profesionales en campo sea más eficiente y productiva.

La línea Salud para Alma de la Gobernación de Antioquia, más que un número telefónico para recepción de llamadas relacionadas con situaciones de salud mental, es una estrategia que, desde un enfoque en promoción y prevención, pone la telesalud al servicio de la salud mental de todos los antioqueños. Este componente es operado por el LivingLab - Hospital Digital de la facultad de medicina de la Universidad de Antioquia, que es un referente nacional e internacional en telesalud y ha puesto toda su experiencia en el ámbito y su capacidad tecnológica y científica al servicio de este proyecto.

Este proceso que inicialmente surgió como una opción de información y acompañamiento para todos los antioqueños en el marco de la contingencia en salud por el COVID 19, ha llegado a convertirse en una estrategia que realiza un conjunto de actividades relacionadas con la salud mental, los cuales se llevan a cabo a distancia con las ayudas de las tecnologías de la información y telecomunicaciones.

Este programa que tuvo excelentes resultados entre los años 2020 y el 2023, se reactivó en junio de 2024 con cambios significativos como la implementación del número 106 para recepción de llamadas, lo que ha impactado positivamente en el posicionamiento de la estrategia y en la demanda de los servicios. La disponibilidad de psicólogos 24/7 en una operación que en años anteriores solo contemplaba disponibilidad de estos profesionales en horario diurno y la atención 24/7 por medio de paramédicos, ha significado mayor capacidad de respuesta y oportunidad en el servicio. Así mismo, la incorporación del rol de comunicador al proceso, ha facilitado el proceso de difusión del servicio y la optimización de proceso internos.
Los resultados de la operación de esta vigencia 2024 son muy promisorios ya que, en la comparativa con los mismos meses del año inmediatamente anterior, hemos tenido un incremento muy significativo en el número de llamadas recibidas como se describe en el siguiente cuadro:

| | **Junio** | **julio** | **Agosto** | **Septiembre** | **Octubre** | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **2023** | 1390 | 1200 | 1514 | 1368 | 1257 | **6729** |
| **2024** | 65 (desde el 22) | 3435 | 4526 | 4596 | 4896 | **17518** |

| |
|---|
| La línea de Salud para el Alma ha ganado un amplio reconocimiento, ya que brinda apoyo psicológico a todos los antioqueños y apoyo técnico en temas de salud mental a los profesionales en territorio. Es un servicio de fácil acceso y oportuno que acerca la atención en salud mental a todos los rincones del departamento, especialmente para poblaciones más vulnerables y que de otro modo no podrían acceder a este tipo de servicios.<br><br>Las articulaciones interinstitucionales y el abordaje de situaciones de orden sociofamiliar y económico, también son ventajas de un proyecto que brinda soluciones precisas a la comunidad en situaciones que se hace necesario la activación de rutas, orientación en el acceso a servicios, asesoría en empleabilidad, promoción de la seguridad alimentaria, el acercamiento a oportunidades educativas entre otros.<br><br>Por estas razones, es fundamental garantizar la continuidad de este servicio mediante la prórroga del contrato, asegurando así la sostenibilidad de un recurso que se ha consolidado como esencial para la promoción del bienestar y la salud mental de todos los antioqueños. |

| **VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS** | |
|---|---|
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA SI__x__ NO____ RECOMIENDA ___ (adicionar, prorrogar, modificar o suspender) el presente contrato/convenio.**

**Se remite para recomendación por parte del Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación SI__x__ NO____**

**2.2. Dirección o Dependencia: Dirección de aseguramiento y prestación de servicios de salud**

**2.2.1. Solicitud de adición y modificación del convenio N° 4600017319. Conveniante:** ESE Hospital San Julián de Argelia **- No. Proceso en SECOP: 15857**

| | |
|---|---|
| **Objeto** | Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital San Julián de Argelia, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |
| **Valor inicial del contrato** | DOSCIENTOS CUARENTA MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS M/L **($240.583.044)**. |

| | |
|---|---|
| **Adiciones** | N/A |
| **Valor total con adiciones** | N/A |
| **Valor de la solicitud de adición** | *Cuarenta y dos millones ciento sesenta y seis mil ochocientos cincuenta y nueve pesos* ***($42.166.859)*** |
| **Porcentaje adicionado total** | 17.5269% |
| **Número y valor de CDP o VF** | CDP # 3500055110 del 13 de noviembre de 2024 |
| **Certificado de Registro de Programas y Proyectos** | 2024003050144 |
| **Número Proceso** | 15857 |
| **Plazo inicial** | Cinco (5) meses y veinte (20) días calendario, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024. |
| **Prórrogas** | N/A |
| **Suspensiones** | N/A |
| **Fecha de terminación actual** | 20 de diciembre de 2024 |
| **Prórroga solicitada** | N/A |
| **Solicitud de Modificación/Suspensión** | - Agregar a la **CLAUSULA QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS**, el siguiente texto:<br><br>- Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del conveniante y de la supervisión, de los requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio.<br>- El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor.<br><br>La modificación de la cláusula quinta, forma de desembolso de los recursos, se debe hacer para definir cómo se hará el pago de los recursos adicionados al Convenio y para precisar que, con el último pago programado en el mismo, se está dando cumplimiento al numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024. |
| **Supervisor - Interventor** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Expone** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Documentos aportados:** | • Formato Lista de chequeo de modificación<br>• Aceptación del contratista para la adición y modificación al convenio.<br>• Informe de seguimiento al convenio. |

| | |
|---|---|
| | • Contraloría General de la República: del Representante legal y de la persona jurídica.<br>• Procuraduría General de la Nación: Representante legal y de la persona jurídica<br>• Policía Nacional de Colombia: Representante legal Certificado actualizado del pago de seguridad social y parafiscales del contratista o asociado.<br>• Certificado medidas Correctivas<br>• Certificado REDAM<br>• Acta de posesión Representante legal<br>• Cedula de Ciudadanía |

**Observaciones:** Se solicita adición del 17.5269% ($42.166.859) al convenio 4600017319, de acuerdo con la distribución y asignación aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante oficio con radicado No. 2024010490338 de octubre 25 de 2024, que se adjunta.

El valor de la presente adición corresponde a recursos del balance de saldos de caja y bancos al 31 de diciembre de 2023, incorporados al presupuesto de la entidad territorial mediante **Decreto D 202407002496** de mayo 21 de 2024, disponibles para ser ejecutados en la presente vigencia como recursos del componente de Subsidio a La Oferta del SGP y que una vez aplicados los criterios de distribución y asignación de los recursos de subsidio a la oferta, establecidos en la Resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, a la ESE Hospital San Julián del municipio de Argelia, le correspondieron $42.166.859. Con este valor adicionado al contrato 46000017319, se completa el 100% de los recursos que le corresponden al Hospital San Julián por concepto del SGP componente subsidio a la oferta, los cuales se deben destinar para los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud.

| **VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS** | |
|---|---|
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA SI__x__ NO____ RECOMIENDA ___ (adicionar, prorrogar, modificar o suspender) el presente contrato/convenio.**

**Se remite para recomendación por parte del Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación SI__x__ NO____**

**2.2.2. Solicitud de adición y modificación del convenio N° 4600017329. Conveniante:** ESE Hospital Isabel la católica de Cáceres **- No. Proceso en SECOP: 15878**

| | |
|---|---|
| **Objeto** | Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital Isabel la católica de Cáceres, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |
| **Valor inicial del contrato** | SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS M/L **($694.236.904)** |
| **Adiciones** | N/A |
| **Valor total con adiciones** | N/A |
| **Valor de la solicitud de adición** | *Ciento veintiún millones seiscientos setenta y ocho mil quinientos veinticuatro **($121.678.524)*** |
| **Porcentaje adicionado total** | 17.5269% |
| **Número y valor de CDP o VF** | CDP # 3500055109 del 13 de noviembre de 2024 |
| **Certificado de Registro de Programas y Proyectos** | 2024003050144 |
| **Número Proceso** | 15878 |
| **Plazo inicial** | Cinco (5) meses y veinte (20) días calendario, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024. |
| **Prórrogas** | N/A |
| **Suspensiones** | N/A |
| **Fecha de terminación actual** | 20 de diciembre de 2024 |
| **Prórroga solicitada** | N/A |
| **Solicitud de Modificación/Suspensión** | - Agregar a la **CLAUSULA QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS**, el siguiente texto:<br><br>- Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del conveniante y de la supervisión, de los requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio.<br>- El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor.<br>La modificación de la cláusula quinta, forma de desembolso de los recursos, se debe hacer para definir cómo se hará el pago de los |

| | |
|---|---|
| | recursos adicionados al Convenio y para precisar que, con el último pago programado en el mismo, se está dando cumplimiento al numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024. |
| **Supervisor - Interventor** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Expone** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Documentos aportados:** | • Formato Lista de chequeo de modificación<br>• Aceptación del contratista para la adición y modificación al convenio.<br>• Informe de seguimiento al convenio.<br>• Contraloría General de la República: del Representante legal y de la persona jurídica.<br>• Procuraduría General de la Nación: Representante legal y de la persona jurídica<br>• Policía Nacional de Colombia: Representante legal Certificado actualizado del pago de seguridad social y parafiscales del contratista o asociado.<br>• Certificado medidas Correctivas<br>• Certificado REDAM<br>• Acta de posesión Representante legal<br>• Cedula de Ciudadanía |

**Observaciones:** Se solicita adición del 17.5269% (**$121.678.524**) al convenio 4600017329, de acuerdo con la distribución y asignación aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante oficio con radicado No. 2024010490338 de octubre 25 de 2024, que se adjunta.

El valor de la presente adición corresponde a recursos del balance de saldos de caja y bancos al 31 de diciembre de 2023, incorporados al presupuesto de la entidad territorial mediante **Decreto D 202407002496** de mayo 21 de 2024, disponibles para ser ejecutados en la presente vigencia como recursos del componente de Subsidio a La Oferta del SGP y que una vez aplicados los criterios de distribución y asignación de los recursos de subsidio a la oferta, establecidos en la Resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, a la ESE Hospital Isabel la Católica del municipio de Cáceres, le correspondieron $121.678.524 Con este valor adicionado al contrato 46000017329, se completa el 100% de los recursos que le corresponden a este Hospital por concepto del SGP componente subsidio a la oferta, los cuales se deben destinar para los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud.

| **VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS** | |
|---|---|
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA SI__x__ NO____ RECOMIENDA ___ (adicionar, prorrogar, modificar o suspender) el presente contrato/convenio.**

**Se remite para recomendación por parte del Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación SI__x__ NO____**

**2.2.3. Solicitud de adición y modificación del convenio N° 4600017330. Conveniante:** ESE Hospital Guillermo Gaviria Correa de Caicedo **- No. Proceso en SECOP: 15861**

| | |
|---|---|
| **Objeto** | Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Guillermo Gaviria Correa de Caicedo, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |
| **Valor inicial del contrato** | DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y UN PESOS M/L **(273.139.471)** |
| **Adiciones** | N/A |
| **Valor total con adiciones** | N/A |
| **Valor de la solicitud de adición** | *Cuarenta y siete millones ochocientos setenta y tres mil seis pesos **($47.873.006)*** |
| **Porcentaje adicionado total** | 17.5269% |
| **Número y valor de CDP o VF** | CDP # 3500055118 del 13 de noviembre de 2024 |
| **Certificado de Registro de Programas y Proyectos** | 2024003050144 |
| **Número Proceso** | 15861 |
| **Plazo inicial** | Cinco (5) meses y veinte (20) días calendario, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024. |
| **Prórrogas** | N/A |
| **Suspensiones** | N/A |
| **Fecha de terminación actual** | 20 de diciembre de 2024 |
| **Prórroga solicitada** | N/A |
| **Solicitud de Modificación/Suspensión** | - Agregar a la **CLAUSULA QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS**, el siguiente texto:<br><br>- Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del conveniante y de la supervisión, de los requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio. |

| | |
|---|---|
| | - El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor.<br><br>La modificación de la cláusula quinta, forma de desembolso de los recursos, se debe hacer para definir cómo se hará el pago de los recursos adicionados al Convenio y para precisar que, con el último pago programado en el mismo, se está dando cumplimiento al numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024. |
| **Supervisor - Interventor** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Expone** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Documentos aportados:** | • Formato Lista de chequeo de modificación<br>• Aceptación del contratista para la adición y modificación al convenio.<br>• Informe de seguimiento al convenio.<br>• Contraloría General de la República: del Representante legal y de la persona jurídica.<br>• Procuraduría General de la Nación: Representante legal y de la persona jurídica<br>• Policía Nacional de Colombia: Representante legal Certificado actualizado del pago de seguridad social y parafiscales del contratista o asociado.<br>• Certificado medidas Correctivas<br>• Certificado REDAM<br>• Acta de posesión Representante legal<br>• Cedula de Ciudadanía |

**Observaciones:** Se solicita adición del 17.5269% (**$47.873.006**) al convenio 4600017330, de acuerdo con la distribución y asignación aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante oficio con radicado No. 2024010490338 de octubre 25 de 2024, que se adjunta.
El valor de la presente adición corresponde a recursos del balance de saldos de caja y bancos al 31 de diciembre de 2023, incorporados al presupuesto de la entidad territorial mediante **Decreto D 202407002496** de mayo 21 de 2024, disponibles para ser ejecutados en la presente vigencia como recursos del componente de Subsidio a La Oferta del SGP y que una vez aplicados los criterios de distribución y asignación de los recursos de subsidio a la oferta, establecidos en la Resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, a la ESE Hospital Guillermo Gaviria Correa de Caicedo, le correspondieron $47.873.006. Con este valor adicionado al contrato 46000017330, se completa el 100% de los recursos que le corresponden a este Hospital por concepto del SGP componente subsidio

| | |
|---|---|
| a la oferta, los cuales se deben destinar para los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. | |
| **VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS** | |
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA SI__x__ NO____ RECOMIENDA ___ (adicionar, prorrogar, modificar o suspender) el presente contrato/convenio.**

**Se remite para recomendación por parte del Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación SI__x__ NO____**

**2.2.4. Solicitud de adición y modificación del convenio N° 4600017321. Conveniante:** ESE Hospital Santa Isabel de Gómez Plata **- No. Proceso en SECOP: 15862**

| | |
|---|---|
| **Objeto** | Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Santa Isabel de Gómez Plata, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |
| **Valor inicial del contrato** | DOSCIENTOS VEINTIUN MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS VENTIDOS PESOS M/L ($**221.495.722**) |
| **Adiciones** | N/A |
| **Valor total con adiciones** | N/A |
| **Valor de la solicitud de adición** | *Treinta y ocho millones ochocientos veintiún cuatrocientos treinta y cinco pesos* ***($38.821.435)*** |
| **Porcentaje adicionado total** | 17.5269% |
| **Número y valor de CDP o VF** | CDP # 3500055111 del 13 de noviembre de 2024 |
| **Certificado de Registro de Programas y Proyectos** | 2024003050144 |
| **Número Proceso** | 15862 |
| **Plazo inicial** | Cinco (5) meses y veinte (20) días calendario, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024. |
| **Prórrogas** | N/A |
| **Suspensiones** | N/A |

| | |
|---|---|
| **Fecha de terminación actual** | 20 de diciembre de 2024 |
| **Prórroga solicitada** | N/A |
| **Solicitud de Modificación/Suspensión** | - Agregar a la **CLAUSULA QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS**, el siguiente texto:<br><br>- Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del conveniante y de la supervisión, de los requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio.<br>- El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor.<br><br>La modificación de la cláusula quinta, forma de desembolso de los recursos, se debe hacer para definir cómo se hará el pago de los recursos adicionados al Convenio y para precisar que, con el último pago programado en el mismo, se está dando cumplimiento al numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024. |
| **Supervisor - Interventor** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Expone** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Documentos aportados:** | • Formato Lista de chequeo de modificación<br>• Aceptación del contratista para la adición y modificación al convenio.<br>• Informe de seguimiento al convenio.<br>• Contraloría General de la República: del Representante legal y de la persona jurídica.<br>• Procuraduría General de la Nación: Representante legal y de la persona jurídica<br>• Policía Nacional de Colombia: Representante legal Certificado actualizado del pago de seguridad social y parafiscales del contratista o asociado.<br>• Certificado medidas Correctivas<br>• Certificado REDAM<br>• Acta de posesión Representante legal<br>• Cedula de Ciudadanía |

| |
|---|
| **Observaciones:** Se solicita adición del 17.5269% (**$38.821.435**) al convenio 4600017321, de acuerdo con la distribución y asignación aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante oficio con radicado No. 2024010490338 de octubre 25 de 2024, que se adjunta.<br><br>El valor de la presente adición corresponde a recursos del balance de saldos de caja y bancos al 31 de diciembre de 2023, incorporados al presupuesto de la entidad territorial mediante **Decreto D 202407002496** de mayo 21 de 2024, disponibles para ser ejecutados en la presente vigencia como recursos del componente de Subsidio a La Oferta del SGP y que una vez aplicados los criterios de distribución y asignación de los recursos de subsidio a la oferta, establecidos en la Resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, a la ESE Hospital Santa Isabel de Gómez Plata, le correspondieron $38.821.435. Con este valor adicionado al contrato 46000017321, se completa el 100% de los recursos que le corresponden a este Hospital por concepto del SGP componente subsidio a la oferta, los cuales se deben destinar para los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |
| **VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS** |
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO — RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE — RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO — RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA SI__x__ NO____ RECOMIENDA ___ (adicionar, prorrogar, modificar o suspender) el presente contrato/convenio.**

**Se remite para recomendación por parte del Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación SI__x__ NO____**

**2.2.5. Solicitud de adición y modificación del convenio N° 4600017327. Conveniante:** E.S.E Hospital San Rafael de Jericó **- No. Proceso en SECOP: 15863**

| | |
|---|---|
| **Objeto** | Financiar los gastos de operación de la Nueva Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Jericó, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |
| **Valor inicial del contrato** | DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS ML **($244.341.420)** |
| **Adiciones** | N/A |
| **Valor total con adiciones** | N/A |

| | |
|---|---|
| **Valor de la solicitud de adición** | *Cuarenta y dos millones ochocientos veinticinco mil quinientos ochenta y ocho pesos* ***($42.825.588)*** |
| **Porcentaje adicionado total** | 17.5269% |
| **Número y valor de CDP o VF** | CDP # 3500055121 del 13 de noviembre de 2024 |
| **Certificado de Registro de Programas y Proyectos** | 2024003050144 |
| **Número Proceso** | 15863 |
| **Plazo inicial** | Cinco (5) meses y veinte (20) días calendario, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024. |
| **Prórrogas** | N/A |
| **Suspensiones** | N/A |
| **Fecha de terminación actual** | 20 de diciembre de 2024 |
| **Prórroga solicitada** | N/A |
| **Solicitud de Modificación/Suspensión** | - Agregar a la **CLAUSULA QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS**, el siguiente texto:<br><br>- Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del conveniante y de la supervisión, de los requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio.<br>- El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor.<br><br>La modificación de la cláusula quinta, forma de desembolso de los recursos, se debe hacer para definir cómo se hará el pago de los recursos adicionados al Convenio y para precisar que, con el último pago programado en el mismo, se está dando cumplimiento al numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024. |
| **Supervisor - Interventor** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Expone** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Documentos aportados:** | • Formato Lista de chequeo de modificación<br>• Aceptación del contratista para la adición y modificación al convenio.<br>• Informe de seguimiento al convenio.<br>• Contraloria General de la República: del Representante legal y de la persona jurídica. |

| | |
|---|---|
| | • Procuraduría General de la Nación: Representante legal y de la persona jurídica<br>• Policía Nacional de Colombia: Representante legal Certificado actualizado del pago de seguridad social y parafiscales del contratista o asociado.<br>• Certificado medidas Correctivas<br>• Certificado REDAM<br>• Acta de posesión Representante legal<br>• Cedula de Ciudadania |
| **Observaciones:** Se solicita adición del 17.5269% (**$42.825.588**) al convenio 4600017327, de acuerdo con la distribución y asignación aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante oficio con radicado No. 2024010490338 de octubre 25 de 2024, que se adjunta.<br><br>El valor de la presente adición corresponde a recursos del balance de saldos de caja y bancos al 31 de diciembre de 2023, incorporados al presupuesto de la entidad territorial mediante **Decreto D 202407002496** de mayo 21 de 2024, disponibles para ser ejecutados en la presente vigencia como recursos del componente de Subsidio a La Oferta del SGP y que una vez aplicados los criterios de distribución y asignación de los recursos de subsidio a la oferta, establecidos en la Resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, a la Nueva Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Jericó, le correspondieron **$42.825.588**. Con este valor adicionado al contrato 46000017327, se completa el 100% de los recursos que le corresponden a este Hospital por concepto del SGP componente subsidio a la oferta, los cuales se deben destinar para los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. | |
| **VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS** | |
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA SI__x__ NO____ RECOMIENDA ___ (adicionar, prorrogar, modificar o suspender) el presente contrato/convenio.**

**Se remite para recomendación por parte del Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación SI__x__ NO____**

**2.2.6. Solicitud de adición y modificación del convenio N° 4600017321. Conveniante:** ESE Hospital Antonio Roldan Betancur de La Pintada **- No. Proceso en SECOP: 15864**

| | |
|---|---|
| **Objeto** | Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur de la Pintada, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |
| **Valor inicial del contrato** | CIENTO NOVENTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS M/L **($193.808.830)** |
| **Adiciones** | N/A |
| **Valor total con adiciones** | N/A |
| **Valor de la solicitud de adición** | *Treinta y Tres millones novecientos sesenta y ocho mil setecientos sesenta y ocho pesos **($33.968.768)*** |
| **Porcentaje adicionado total** | 17.5269% |
| **Número y valor de CDP o VF** | CDP # 3500055112 del 13 de noviembre de 2024 |
| **Certificado de Registro de Programas y Proyectos** | 2024003050144 |
| **Número Proceso** | 15864 |
| **Plazo inicial** | Cinco (5) meses y veinte (20) días calendario, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024. |
| **Prórrogas** | N/A |
| **Suspensiones** | N/A |
| **Fecha de terminación actual** | 20 de diciembre de 2024 |
| **Prórroga solicitada** | N/A |
| **Solicitud de Modificación/Suspensión** | - Agregar a la **CLAUSULA QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS**, el siguiente texto:<br><br>- Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del conveniante y de la supervisión, de los requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio.<br>- El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor.<br><br>La modificación de la cláusula quinta, forma de desembolso de los recursos, se debe hacer para definir cómo se hará el pago de los recursos adicionados al Convenio y para precisar que, con el último |

| | |
|---|---|
| | pago programado en el mismo, se está dando cumplimiento al numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024. |
| **Supervisor - Interventor** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Expone** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Documentos aportados:** | • Formato Lista de chequeo de modificación<br>• Aceptación del contratista para la adición y modificación al convenio.<br>• Informe de seguimiento al convenio.<br>• Contraloría General de la República: del Representante legal y de la persona jurídica.<br>• Procuraduría General de la Nación: Representante legal y de la persona jurídica<br>• Policía Nacional de Colombia: Representante legal Certificado actualizado del pago de seguridad social y parafiscales del contratista o asociado.<br>• Certificado medidas Correctivas<br>• Certificado REDAM<br>• Acta de posesión Representante legal<br>• Cedula de Ciudadania |

**Observaciones:** Se solicita adición del 17.5269% **$33.968.768** al convenio 4600017316, de acuerdo con la distribución y asignación aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante oficio con radicado No. 2024010490338 de octubre 25 de 2024, que se adjunta.

El valor de la presente adición corresponde a recursos del balance de saldos de caja y bancos al 31 de diciembre de 2023, incorporados al presupuesto de la entidad territorial mediante **Decreto D 202407002496** de mayo 21 de 2024, disponibles para ser ejecutados en la presente vigencia como recursos del componente de Subsidio a La Oferta del SGP y que una vez aplicados los criterios de distribución y asignación de los recursos de subsidio a la oferta, establecidos en la Resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, a la ESE Hospital Antonio Roldán Betancur de la Pintada, le correspondieron **$33.968.768**. Con este valor adicionado al contrato 46000017316, se completa el 100% de los recursos que le corresponden a este Hospital por concepto del SGP componente subsidio a la oferta, los cuales se deben destinar para los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud.

**VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS**

| | |
|---|---|
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA SI__x__ NO____ RECOMIENDA ___ (adicionar, prorrogar, modificar o suspender) el presente contrato/convenio.**

**Se remite para recomendación por parte del Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación SI__x__ NO____**

2.2.7. **Solicitud de adición y modificación del convenio N° 4600017322. Conveniante:** ESE Hospital San Bartolomé de Murindo **- No. Proceso en SECOP: 15866**

| | |
|---|---|
| **Objeto** | Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital San Bartolomé de Murindó, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |
| **Valor inicial del contrato** | OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/L **($874.704.233)** |
| **Adiciones** | N/A |
| **Valor total con adiciones** | N/A |
| **Valor de la solicitud de adición** | *Ciento cincuenta y tres millones trescientos ocho mil novecientos treinta y cinco pesos **($153.308.935)*** |
| **Porcentaje adicionado total** | 17.5269% |
| **Número y valor de CDP o VF** | CDP # 3500055119 del 13 de noviembre de 2024 |
| **Certificado de Registro de Programas y Proyectos** | 2024003050144 |
| **Número Proceso** | 15866 |
| **Plazo inicial** | Cinco (5) meses y veinte (20) días calendario, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024. |
| **Prórrogas** | N/A |
| **Suspensiones** | N/A |
| **Fecha de terminación actual** | 20 de diciembre de 2024 |
| **Prórroga solicitada** | N/A |
| **Solicitud de Modificación/Suspensión** | - Agregar a la **CLAUSULA QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS**, el siguiente texto:<br><br>- Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del conveniante y de la supervisión, de los |

| | |
|---|---|
| | requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio.<br>- El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor.<br><br>La modificación de la cláusula quinta, forma de desembolso de los recursos, se debe hacer para definir cómo se hará el pago de los recursos adicionados al Convenio y para precisar que, con el último pago programado en el mismo, se está dando cumplimiento al numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024. |
| **Supervisor - Interventor** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Expone** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Documentos aportados:** | • Formato Lista de chequeo de modificación<br>• Aceptación del contratista para la adición y modificación al convenio.<br>• Informe de seguimiento al convenio.<br>• Contraloría General de la República: del Representante legal y de la persona jurídica.<br>• Procuraduría General de la Nación: Representante legal y de la persona jurídica<br>• Policía Nacional de Colombia: Representante legal Certificado actualizado del pago de seguridad social y parafiscales del contratista o asociado.<br>• Certificado medidas Correctivas<br>• Certificado REDAM<br>• Acta de posesión Representante legal<br>• Cedula de Ciudadanía |

**Observaciones:** Se solicita adición del 17.5269% (**$153.308.935**) al convenio 4600017322, de acuerdo con la distribución y asignación aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante oficio con radicado No. 2024010490338 de octubre 25 de 2024, que se adjunta.

El valor de la presente adición corresponde a recursos del balance de saldos de caja y bancos al 31 de diciembre de 2023, incorporados al presupuesto de la entidad territorial mediante **Decreto D 202407002496** de mayo 21 de 2024, disponibles para ser ejecutados en la presente vigencia como recursos del componente de Subsidio a La Oferta del SGP y que una vez aplicados los criterios de distribución y asignación de los recursos de subsidio a la oferta, establecidos en la Resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, a la ESE Hospital San Bartolomé de Murindó, le

| |
|---|
| correspondieron **$153.308.935**. Con este valor adicionado al contrato 46000017322, se completa el 100% de los recursos que le corresponden a este Hospital por concepto del SGP componente subsidio a la oferta, los cuales se deben destinar para los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |

| **VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS** | |
|---|---|
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA SI__x__ NO____ RECOMIENDA ___ (adicionar, prorrogar, modificar o suspender) el presente contrato/convenio.**

**Se remite para recomendación por parte del Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación SI__x__ NO____**

2.2.8. **Solicitud de adición y modificación del convenio N° 4600017315. Conveniante:** ESE Hospital Héctor Abad Gómez de San Juan de Urabá **- No. Proceso en SECOP: 15870**

| | |
|---|---|
| **Objeto** | Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital Héctor Abad Gómez de San Juan De Urabá, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |
| **Valor inicial del contrato** | QUINIENTOS SETENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/L **($572.589.997)** |
| **Adiciones** | N/A |
| **Valor total con adiciones** | N/A |
| **Valor de la solicitud de adición** | *Cien millones trescientos cincuenta y siete mil quinientos treinta y siete pesos **($100.357.537)*** |
| **Porcentaje adicionado total** | 17.5269% |
| **Número y valor de CDP o VF** | CDP # 3500055108 del 13 de noviembre de 2024 |
| **Certificado de Registro de Programas y Proyectos** | 2024003050144 |
| **Número Proceso** | 15870 |
| **Plazo inicial** | Cinco (5) meses y veinte (20) días calendario, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024. |
| **Prórrogas** | N/A |

| | |
|---|---|
| **Suspensiones** | N/A |
| **Fecha de terminación actual** | 20 de diciembre de 2024 |
| **Prórroga solicitada** | N/A |
| **Solicitud de Modificación/Suspensión** | - Agregar a la **CLAUSULA QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS**, el siguiente texto:<br><br>- Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del conveniante y de la supervisión, de los requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio.<br>- El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor.<br><br>La modificación de la cláusula quinta, forma de desembolso de los recursos, se debe hacer para definir cómo se hará el pago de los recursos adicionados al Convenio y para precisar que, con el último pago programado en el mismo, se está dando cumplimiento al numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024. |
| **Supervisor - Interventor** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Expone** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Documentos aportados:** | • Formato Lista de chequeo de modificación<br>• Aceptación del contratista para la adición y modificación al convenio.<br>• Informe de seguimiento al convenio.<br>• Contraloría General de la República: del Representante legal y de la persona jurídica.<br>• Procuraduría General de la Nación: Representante legal y de la persona jurídica<br>• Policía Nacional de Colombia: Representante legal Certificado actualizado del pago de seguridad social y parafiscales del contratista o asociado.<br>• Certificado medidas Correctivas<br>• Certificado REDAM<br>• Acta de posesión Representante legal<br>• Cedula de Ciudadanía |

| |
|---|
| **Observaciones:** Se solicita adición del 17.5269% **($100.357.537)** al convenio 4600017315, de acuerdo con la distribución y asignación aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante oficio con radicado No. 2024010490338 de octubre 25 de 2024, que se adjunta.<br><br>El valor de la presente adición corresponde a recursos del balance de saldos de caja y bancos al 31 de diciembre de 2023, incorporados al presupuesto de la entidad territorial mediante **Decreto D 202407002496** de mayo 21 de 2024, disponibles para ser ejecutados en la presente vigencia como recursos del componente de Subsidio a La Oferta del SGP y que una vez aplicados los criterios de distribución y asignación de los recursos de subsidio a la oferta, establecidos en la Resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, a la ESE Hospital Héctor Abad Gómez de San Juan De Urabá, le correspondieron $100.357.537. Con este valor adicionado al contrato 46000017319, se completa el 100% de los recursos que le corresponden al Hospital Héctor Abad Gómez por concepto del SGP componente subsidio a la oferta, los cuales se deben destinar para los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |

| **VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS** | |
|---|---|
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA SI__x__ NO____ RECOMIENDA ___ (adicionar, prorrogar, modificar o suspender) el presente contrato/convenio.**

**Se remite para recomendación por parte del Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación SI__x__ NO____**

**2.2.9. Solicitud de adición y modificación del convenio N° 4600017317. Conveniante:** ESE Hospital Horacio Muñoz Suescún de Sopetrán **- No. Proceso en SECOP: 15871**

| | |
|---|---|
| **Objeto** | Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital Horacio Muñoz Suescún de Sopetrán, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |
| **Valor inicial del contrato** | DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MILLONES CUATROCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/L **($278.401.273)** |
| **Adiciones** | N/A |

| | |
|---|---|
| **Valor total con adiciones** | N/A |
| **Valor de la solicitud de adición** | *Cuarenta y ocho millones setecientos noventa y cinco mil doscientos cuarenta pesos* ***($48.795.240)*** |
| **Porcentaje adicionado total** | 17.5269% |
| **Número y valor de CDP o VF** | CDP # 3500055113 del 13 de noviembre de 2024 |
| **Certificado de Registro de Programas y Proyectos** | 2024003050144 |
| **Número Proceso** | 15871 |
| **Plazo inicial** | Cinco (5) meses y veinte (20) días calendario, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024. |
| **Prórrogas** | N/A |
| **Suspensiones** | N/A |
| **Fecha de terminación actual** | 20 de diciembre de 2024 |
| **Prórroga solicitada** | N/A |
| **Solicitud de Modificación/Suspensión** | - Agregar a la **CLAUSULA QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS**, el siguiente texto:<br><br>- Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del conveniante y de la supervisión, de los requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio.<br>- El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor.<br><br>La modificación de la cláusula quinta, forma de desembolso de los recursos, se debe hacer para definir cómo se hará el pago de los recursos adicionados al Convenio y para precisar que, con el último pago programado en el mismo, se está dando cumplimiento al numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024. |
| **Supervisor - Interventor** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Expone** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Documentos aportados:** | • Formato Lista de chequeo de modificación<br>• Aceptación del contratista para la adición y modificación al convenio.<br>• Informe de seguimiento al convenio. |

| | |
|---|---|
| | • Contraloría General de la República: del Representante legal y de la persona jurídica.<br>• Procuraduría General de la Nación: Representante legal y de la persona jurídica<br>• Policía Nacional de Colombia: Representante legal Certificado actualizado del pago de seguridad social y parafiscales del contratista o asociado.<br>• Certificado medidas Correctivas<br>• Certificado REDAM<br>• Acta de posesión Representante legal<br>• Cedula de Ciudadanía |

**Observaciones:** Se solicita adición del 17.5269% **($48.795.240**) al convenio 4600017317, de acuerdo con la distribución y asignación aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante oficio con radicado No. 2024010490338 de octubre 25 de 2024, que se adjunta.

El valor de la presente adición corresponde a recursos del balance de saldos de caja y bancos al 31 de diciembre de 2023, incorporados al presupuesto de la entidad territorial mediante **Decreto D 202407002496** de mayo 21 de 2024, disponibles para ser ejecutados en la presente vigencia como recursos del componente de Subsidio a La Oferta del SGP y que una vez aplicados los criterios de distribución y asignación de los recursos de subsidio a la oferta, establecidos en la Resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, a la ESE Hospital Horacio Muñoz Suescún de Sopetrán, le correspondieron $48.795.240 Con este valor adicionado al contrato 4600017317, se completa el 100% de los recursos que le corresponden al Hospital Horacio Muñoz Suescún por concepto del SGP componente subsidio a la oferta, los cuales se deben destinar para los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud.

| **VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS** | |
|---|---|
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA SI__x__ NO____ RECOMIENDA ___ (adicionar, prorrogar, modificar o suspender) el presente contrato/convenio.**

**Se remite para recomendación por parte del Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación SI__x__ NO____**

**2.2.10. Solicitud de adición y modificación del convenio N° 4600017323. Conveniante:** ESE Hospital San Antonio de Tarazá **- No. Proceso en SECOP: 15867**

| | |
|---|---|
| **Objeto** | Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Tarazá, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud.. |
| **Valor inicial del contrato** | CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE SETENTA Y SIETE PESOS M/L **($485.539.077)** |
| **Adiciones** | N/A |
| **Valor total con adiciones** | N/A |
| **Valor de la solicitud de adición** | *Ochenta y cinco millones cien mil ciento setenta pesos **($85.100.170)*** |
| **Porcentaje adicionado total** | 17.5269% |
| **Número y valor de CDP o VF** | CDP # 3500055116 del 13 de noviembre de 2024 |
| **Certificado de Registro de Programas y Proyectos** | 2024003050144 |
| **Número Proceso** | 15867 |
| **Plazo inicial** | Cinco (5) meses y veinte (20) días calendario, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024. |
| **Prórrogas** | N/A |
| **Suspensiones** | N/A |
| **Fecha de terminación actual** | 20 de diciembre de 2024 |
| **Prórroga solicitada** | N/A |
| **Solicitud de Modificación/Suspensión** | - Agregar a la **CLAUSULA QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS**, el siguiente texto:<br><br>- Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del conveniante y de la supervisión, de los requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio.<br>- El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor.<br><br>La modificación de la cláusula quinta, forma de desembolso de los recursos, se debe hacer para definir cómo se hará el pago de los |

| | |
|---|---|
| | recursos adicionados al Convenio y para precisar que, con el último pago programado en el mismo, se está dando cumplimiento al numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024. |
| **Supervisor - Interventor** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Expone** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Documentos aportados:** | • Formato Lista de chequeo de modificación<br>• Aceptación del contratista para la adición y modificación al convenio.<br>• Informe de seguimiento al convenio.<br>• Contraloria General de la República: del Representante legal y de la persona juridica.<br>• Procuraduría General de la Nación: Representante legal y de la persona jurídica<br>• Policía Nacional de Colombia: Representante legal Certificado actualizado del pago de seguridad social y parafiscales del contratista o asociado.<br>• Certificado medidas Correctivas<br>• Certificado REDAM<br>• Acta de posesión Representante legal<br>• Cedula de Ciudadanía |

**Observaciones:** Se solicita adición del 17.5269% (**$85.100.170**) al convenio 4600017323, de acuerdo con la distribución y asignación aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante oficio con radicado No. 2024010490338 de octubre 25 de 2024, que se adjunta.

El valor de la presente adición corresponde a recursos del balance de saldos de caja y bancos al 31 de diciembre de 2023, incorporados al presupuesto de la entidad territorial mediante **Decreto D 202407002496** de mayo 21 de 2024, disponibles para ser ejecutados en la presente vigencia como recursos del componente de Subsidio a La Oferta del SGP y que una vez aplicados los criterios de distribución y asignación de los recursos de subsidio a la oferta, establecidos en la Resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, a la ESE Hospital San Antonio de Tarazá, le correspondieron $85.100.170. Con este valor adicionado al contrato 4600017323, se completa el 100% de los recursos que le corresponden al Hospital San Antonio por concepto del SGP componente subsidio a la oferta, los cuales se deben destinar para los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud.

| **VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS** | |
|---|---|
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA SI__x__ NO____ RECOMIENDA ___ (adicionar, prorrogar, modificar o suspender) el presente contrato/convenio.**

**Se remite para recomendación por parte del Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación SI__x__ NO____**

**2.2.11. Solicitud de adición y modificación del convenio N° 4600017320. Conveniante:** ESE Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes de Toledo **- No. Proceso en SECOP: 15868**

| | |
|---|---|
| **Objeto** | Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes de Toledo, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |
| **Valor inicial del contrato** | DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS TRECE MIL CIENTO SEIS PESOS M/L **($259.813.106)** |
| **Adiciones** | N/A |
| **Valor total con adiciones** | N/A |
| **Valor de la solicitud de adición** | *Cuarenta y cinco millones quinientos treinta y siete mil trescientos dos pesos **($45.537.302)*** |
| **Porcentaje adicionado total** | 17.5269% |
| **Número y valor de CDP o VF** | CDP # 3500055115 del 13 de noviembre de 2024 |
| **Certificado de Registro de Programas y Proyectos** | 2024003050144 |
| **Número Proceso** | 15868 |
| **Plazo inicial** | Cinco (5) meses y veinte (20) días calendario, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024. |
| **Prórrogas** | N/A |
| **Suspensiones** | N/A |
| **Fecha de terminación actual** | 20 de diciembre de 2024 |
| **Prórroga solicitada** | N/A |
| **Solicitud de Modificación/Suspensión** | - Agregar a la **CLAUSULA QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS**, el siguiente texto:<br><br>- Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del conveniante y de la supervisión, de los |

| | |
|---|---|
| | requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio.<br>- El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor.<br><br>La modificación de la cláusula quinta, forma de desembolso de los recursos, se debe hacer para definir cómo se hará el pago de los recursos adicionados al Convenio y para precisar que, con el último pago programado en el mismo, se está dando cumplimiento al numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024. |
| **Supervisor - Interventor** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Expone** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Documentos aportados:** | • Formato Lista de chequeo de modificación<br>• Aceptación del contratista para la adición y modificación al convenio.<br>• Informe de seguimiento al convenio.<br>• Contraloría General de la República: del Representante legal y de la persona jurídica.<br>• Procuraduría General de la Nación: Representante legal y de la persona jurídica<br>• Policía Nacional de Colombia: Representante legal Certificado actualizado del pago de seguridad social y parafiscales del contratista o asociado.<br>• Certificado medidas Correctivas<br>• Certificado REDAM<br>• Acta de posesión Representante legal<br>• Cedula de Ciudadanía |

**Observaciones:** Se solicita adición del 17.5269% ($45.537.302) al convenio 4600017320, de acuerdo con la distribución y asignación aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante oficio con radicado No. 2024010490338 de octubre 25 de 2024, que se adjunta.

El valor de la presente adición corresponde a recursos del balance de saldos de caja y bancos al 31 de diciembre de 2023, incorporados al presupuesto de la entidad territorial mediante **Decreto D 202407002496** de mayo 21 de 2024, disponibles para ser ejecutados en la presente vigencia como recursos del componente de Subsidio a La Oferta del SGP y que una vez aplicados los criterios de distribución y asignación de los recursos de subsidio a la oferta, establecidos en la Resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, a la ESE Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes de

| |
|---|
| Toledo, le correspondieron $45.537.302. Con este valor adicionado al contrato 4600017320, se completa el 100% de los recursos que le corresponden al Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes por concepto del SGP componente subsidio a la oferta, los cuales se deben destinar para los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |

| **VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS** | |
|---|---|
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA SI__x__ NO____ RECOMIENDA ___ (adicionar, prorrogar, modificar o suspender) el presente contrato/convenio.**

**Se remite para recomendación por parte del Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación SI__x__ NO____**

**2.2.12. Solicitud de adición y modificación del convenio N° 4600017318. Conveniante:** E.S.E Hospital Tobías Puerta de Uramita **- No. Proceso en SECOP: 15882**

| | |
|---|---|
| **Objeto** | Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital Tobías Puerta de Uramita, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |
| **Valor inicial del contrato** | DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/L **($294.396.831)** |
| **Adiciones** | N/A |
| **Valor total con adiciones** | N/A |
| **Valor de la solicitud de adición** | *Cincuenta y un millones quinientos noventa y ocho mil setecientos setenta y dos pesos **($51.598.772)*** |
| **Porcentaje adicionado total** | 17.5269% |
| **Número y valor de CDP o VF** | CDP # 3500055114 del 13 de noviembre de 2024 |
| **Certificado de Registro de Programas y Proyectos** | 2024003050144 |
| **Número Proceso** | 15882 |
| **Plazo inicial** | Cinco (5) meses y veinte (20) días calendario, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024. |

| | |
|---|---|
| **Prórrogas** | N/A |
| **Suspensiones** | N/A |
| **Fecha de terminación actual** | 20 de diciembre de 2024 |
| **Prórroga solicitada** | N/A |
| **Solicitud de Modificación/Suspensión** | - Agregar a la **CLAUSULA QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS**, el siguiente texto:<br><br>- Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del conveniante y de la supervisión, de los requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio.<br>- El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor.<br><br>La modificación de la cláusula quinta, forma de desembolso de los recursos, se debe hacer para definir cómo se hará el pago de los recursos adicionados al Convenio y para precisar que, con el último pago programado en el mismo, se está dando cumplimiento al numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024. |
| **Supervisor - Interventor** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Expone** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Documentos aportados:** | • Formato Lista de chequeo de modificación<br>• Aceptación del contratista para la adición y modificación al convenio.<br>• Informe de seguimiento al convenio.<br>• Contraloría General de la República: del Representante legal y de la persona jurídica.<br>• Procuraduría General de la Nación: Representante legal y de la persona jurídica<br>• Policía Nacional de Colombia: Representante legal Certificado actualizado del pago de seguridad social y parafiscales del contratista o asociado.<br>• Certificado medidas Correctivas<br>• Certificado REDAM<br>• Acta de posesión Representante legal<br>• Cedula de Ciudadanía |

| |
|---|
| **Observaciones:** Se solicita adición del 17.5269% ($51.598.772) al convenio 4600017318, de acuerdo con la distribución y asignación aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante oficio con radicado No. 2024010490338 de octubre 25 de 2024, que se adjunta.<br><br>El valor de la presente adición corresponde a recursos del balance de saldos de caja y bancos al 31 de diciembre de 2023, incorporados al presupuesto de la entidad territorial mediante **Decreto D 202407002496** de mayo 21 de 2024, disponibles para ser ejecutados en la presente vigencia como recursos del componente de Subsidio a La Oferta del SGP y que una vez aplicados los criterios de distribución y asignación de los recursos de subsidio a la oferta, establecidos en la Resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, a la ESE Hospital Tobías Puerta de Uramita, le correspondieron $51.598.772. Con este valor adicionado al contrato 4600017318, se completa el 100% de los recursos que le corresponden al Hospital Tobías Puerta por concepto del SGP componente subsidio a la oferta, los cuales se deben destinar para los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |

| **VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS** | |
|---|---|
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA SI__x__ NO____ RECOMIENDA ___ (adicionar, prorrogar, modificar o suspender) el presente contrato/convenio.**

**Se remite para recomendación por parte del Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación SI__x__ NO____**

**2.2.13. Solicitud de adición y modificación del convenio N° 4600017326. Conveniante:** ESE Hospital Atrato Medio Antioqueño de Vigía del fuerte **- No. Proceso en SECOP: 15876**

| | |
|---|---|
| **Objeto** | Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital Atrato Medio Antioqueño de Vigía del Fuerte, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |
| **Valor inicial del contrato** | OCHOCIENTOS MILLONES CIENTO TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/L **($800.138.735)** |
| **Adiciones** | N/A |
| **Valor total con adiciones** | N/A |

| | |
|---|---|
| **Valor de la solicitud de adición** | *Ciento cuarenta millones doscientos treinta y nueve mil ochocientos ochenta y un pesos* ***($140.239.881)*** |
| **Porcentaje adicionado total** | 17.5269% |
| **Número y valor de CDP o VF** | CDP # 3500055120 del 13 de noviembre de 2024 |
| **Certificado de Registro de Programas y Proyectos** | 2024003050144 |
| **Número Proceso** | 15876 |
| **Plazo inicial** | Cinco (5) meses y veinte (20) días calendario, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024. |
| **Prórrogas** | N/A |
| **Suspensiones** | N/A |
| **Fecha de terminación actual** | 20 de diciembre de 2024 |
| **Prórroga solicitada** | N/A |
| **Solicitud de Modificación/Suspensión** | - Agregar a la **CLAUSULA QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS**, el siguiente texto:<br><br>- Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del conveniante y de la supervisión, de los requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio.<br>- El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor.<br><br>La modificación de la cláusula quinta, forma de desembolso de los recursos, se debe hacer para definir cómo se hará el pago de los recursos adicionados al Convenio y para precisar que, con el último pago programado en el mismo, se está dando cumplimiento al numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024. |
| **Supervisor - Interventor** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Expone** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Documentos aportados:** | • Formato Lista de chequeo de modificación<br>• Aceptación del contratista para la adición y modificación al convenio.<br>• Informe de seguimiento al convenio.<br>• Contraloría General de la República: del Representante legal y de la persona jurídica. |

| | |
|---|---|
| | • Procuraduría General de la Nación: Representante legal y de la persona jurídica<br>• Policía Nacional de Colombia: Representante legal Certificado actualizado del pago de seguridad social y parafiscales del contratista o asociado.<br>• Certificado medidas Correctivas<br>• Certificado REDAM<br>• Acta de posesión Representante legal<br>• Cedula de Ciudadanía |
| **Observaciones:** Se solicita adición del 17.5269% ($140.239.881) al convenio 4600017326, de acuerdo con la distribución y asignación aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante oficio con radicado No. 2024010490338 de octubre 25 de 2024, que se adjunta.<br><br>El valor de la presente adición corresponde a recursos del balance de saldos de caja y bancos al 31 de diciembre de 2023, incorporados al presupuesto de la entidad territorial mediante **Decreto D 202407002496** de mayo 21 de 2024, disponibles para ser ejecutados en la presente vigencia como recursos del componente de Subsidio a La Oferta del SGP y que una vez aplicados los criterios de distribución y asignación de los recursos de subsidio a la oferta, establecidos en la Resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, a la ESE Hospital Atrato Medio Antioqueño de Vigía del Fuerte, le correspondieron $140.239.881. Con este valor adicionado al contrato 4600017326, se completa el 100% de los recursos que le corresponden al Hospital Atrato Medio Antioqueño por concepto del SGP componente subsidio a la oferta, los cuales se deben destinar para los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. | |
| **VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS** | |
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA SI__x__ NO____ RECOMIENDA ___ (adicionar, prorrogar, modificar o suspender) el presente contrato/convenio.**

**Se remite para recomendación por parte del Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación SI__x__ NO____**

**2.2.14. Solicitud de adición y modificación del contrato N° 4600017328. Contratista:** Centro Médico Cubis **- No. Proceso en SECOP: 15869**

| | |
|---|---|
| **Objeto** | Financiar los gastos de operación de la infraestructura pública de salud del Municipio de Zaragoza, administrada por el Centro Médico CUBIS, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |
| **Valor inicial del contrato** | QUINIENTOS VEINTINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS MIL UN PESOS M/L **($529.872.001**) |
| **Adiciones** | N/A |
| **Valor total con adiciones** | N/A |
| **Valor de la solicitud de adición** | *Noventa y dos millones ochocientos setenta mil trescientos setenta y siete pesos **($92.870.377**)* |
| **Porcentaje adicionado total** | 17.5269% |
| **Número y valor de CDP o VF** | CDP # 3500055117 del 13 de noviembre de 2024 |
| **Certificado de Registro de Programas y Proyectos** | 2024003050144 |
| **Número Proceso** | 15869 |
| **Plazo inicial** | Cinco (5) meses y veinte (20) días calendario, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024. |
| **Prórrogas** | N/A |
| **Suspensiones** | N/A |
| **Fecha de terminación actual** | 20 de diciembre de 2024 |
| **Prórroga solicitada** | N/A |
| **Solicitud de Modificación/Suspensión** | - Agregar a la **CLAUSULA QUINTA. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS**, el siguiente texto:<br><br>- Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del conveniante y de la supervisión, de los requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio.<br>- El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor.<br><br>La modificación de la cláusula quinta, forma de desembolso de los recursos, se debe hacer para definir cómo se hará el pago de los recursos adicionados al Convenio y para precisar que, con el último |

| | |
|---|---|
| | pago programado en el mismo, se está dando cumplimiento al numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024. |
| **Supervisor - Interventor** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Expone** | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA |
| **Documentos aportados:** | • Formato Lista de chequeo de modificación<br>• Aceptación del contratista para la adición y modificación al convenio.<br>• Informe de seguimiento al convenio.<br>• Contraloría General de la República: del Representante legal y de la persona jurídica.<br>• Procuraduría General de la Nación: Representante legal y de la persona jurídica<br>• Policía Nacional de Colombia: Representante legal Certificado actualizado del pago de seguridad social y parafiscales del contratista o asociado.<br>• Certificado medidas Correctivas<br>• Certificado REDAM<br>• Acta de posesión Representante legal<br>• Cedula de Ciudadanía |

**Observaciones:** Se solicita adición del 17.5269% ($92.870.377) al contrato 4600017328, de acuerdo con la distribución y asignación aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante oficio con radicado No. 2024010490338 de octubre 25 de 2024, que se adjunta.

El valor de la presente adición corresponde a recursos del balance de saldos de caja y bancos al 31 de diciembre de 2023, incorporados al presupuesto de la entidad territorial mediante **Decreto D 202407002496** de mayo 21 de 2024, disponibles para ser ejecutados en la presente vigencia como recursos del componente de Subsidio a La Oferta del SGP y que una vez aplicados los criterios de distribución y asignación de los recursos de subsidio a la oferta, establecidos en la Resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, al CENTRO MEDICO CUBIS que administra la infraestructura pública de salud de Zaragoza, le correspondieron $92.870.377. Con este valor adicionado al contrato 4600017328, se completa el 100% de los recursos que le corresponden al CENTRO MEDICO CUBIS por concepto del SGP componente subsidio a la oferta, los cuales se deben destinar para los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud.

**VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS**

| | |
|---|---|
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA SI__x__ NO____ RECOMIENDA ___ (adicionar, prorrogar, modificar o suspender) el presente contrato/convenio.**

**Se remite para recomendación por parte del Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación SI__x__ NO____**

**3. Solicitudes para adjudicar procesos contractuales:**

**2.2 Solicitud para adjudicar proceso contractual de mínima cuantía con EP 16109**

| | |
|---|---|
| **Objeto** | Adquirir hisopos para la determinación de contaminantes de origen orgánico en superficies donde se manipulan alimentos y materias primas para los mismos. |
| **Presupuesto Oficial** | CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS IVA incluido ($45.000.000) |
| **Número y valor de CDP** | **CDP:** 3500054881 creado el 23/09/2024, por valor CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS IVA incluido ($45.000.000) |
| **Plazo** | UN (1) MES CONTADO DESDE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO SIN SUPERAR EL 13 DE DICIEMBRE DE 2024 |
| **Certificado de Registro de Programas y Proyectos** | Nombre: Fortalecimiento de la vigilancia de la calidad e inocuidad de alimentos y bebidas Departamento, Antioquia, Occidente<br><br>BPIN/BPID: 2024003050129<br>Elemento PEP: 01-0101<br>Vigente hasta: 30/11/2024 |
| **Proponentes** | HYGIENE SOLUCIONES S.A.S.<br>TECNOSOLUCIONES A&K SAS |
| **Evaluación** | El proponente cumplió con todos los requisitos jurídicos, técnicos y financieros. |
| **Adjudicatario** | HYGIENE SOLUCIONES S.A.S. |
| **Valor por el que se adjudica** | TREINTA Y CINCO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS ML ($35.997.500) |
| **Expone** | Leidy Johana López Zuluaga |
| **Miembros del Cae** | Rol Técnico: Lilia Eledec Calderon Murgas |

| | |
|---|---|
| | Rol Logístico: Eliana Zuluaga Chavarría<br>Rol Jurídico: Leidy Johana López Zuluaga |
| **Documentos aportados:** | Informe de evaluación definitivo. |
| **SE SOLICITA ACEPTAR LA ADJUDICACIÓN DEL PROCESO A HYGIENE SOLUCIONES S.A.S.** | |
| **VOTACIÓN DE LOS MIEMBROS** | |
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | RECOMIENDA |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | RECOMIENDA |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | RECOMIENDA |
| ELIANA ZULUAGA CHAVARRÍA | RECOMIENDA |

El Comité verifica que, a la fecha, la necesidad o necesidades relacionadas con este proceso de contratación, se encuentran debidamente registradas, actualizadas y aprobadas en el Plan Anual de Adquisiciones en el aplicativo SAP.

**El ordenador del gasto RECOMIENDA _X_ NO RECOMIENDA __ el inicio del presente proceso.**

**El listado de asistencia el cual se anexa, hace parte integral de la presente acta.**

Siendo las 4:11pm. se da por terminado el comité. En constancia de lo anterior firman los miembros del comité interno:
**Nota**: En caso de que las reuniones se realicen de forma virtual se podrán utilizar los mecanismos de la Ley 527 del 2000.

**FIRMA DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ INTERNO DE CONTRATACIÓN:**

| Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|
| MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO | SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD | |
| ADRIANA PATRICIA GAVIRIA MONSALVE | DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – SALUD. | |
| CAROLINA CHAVARRÍA ROMERO | DIRECTORA DE ASUNTOS LEGALES – SALUD. | |
| DORA RAQUEL ARCIA INDABUR | SUBSECRETARIA SALUD PUBLICA | |
| JUAN DAVID BERRIO VARGAS | SUBSECRETARIO (E) DE PRESTACION Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD/DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | |
| ELIZABETH GÓMEZ GÓMEZ | DIRECTORA DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA | |
| YANNETH BIBIANA CORREA RUIZ | ROL LOGISTICO | |
| ELIANA ZULUAGA CHAVARRÍA | ROL LOGISTICO | |

Medellín, 05/12/2024

EL SUSCRITO DIRECTOR DE ASESORÍA JURÍDICA CONTRACTUAL
EN CALIDAD DE SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ DE ORIENTACIÓN Y SEGUIMIENTO
EN CONTRATACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA – COS

CERTIFICA

Que el Comité de Orientación y Seguimiento en Contratación del Departamento de Antioquia – en adelante – COS, de conformidad con las funciones y competencias establecidas en el Decreto 2020070000007 de 2020, en la sesión ordinaria Nro. 109 de 2024, se orientó el proyecto presentado, el cual se realiza conforme a la Ley y Decretos Departamentales.

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA
Solicita recomendación para realizar adición y modificación Nro. 01 a 14 procesos

- 01 - Contrato de prestación de Servicios celebrado con el Centro Médico CUBIS que atiende La población de Zaragoza (dado que en ese Municipio no hay ESE)
- 13 - Convenios Celebrados con ESES.

| Objeto del Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo |
|---|
| Financiar los gastos de operación de la infraestructura pública de salud del municipio de Zaragoza, administrada por el Centro Médico CUBIS, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |
| Objeto de los 13 convenios _ similares cambia la ESE |
| Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital (los que se citan en el siguiente cuadro), representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. |

| | |
|---|---|
| Plazos | 05 meses y 20 días calendario, sin superar el 20/12/2024. -Inicio: 21/08/2024. Hasta el 20/12/2024 |
| Solicitud Modificación | Agregar a la Cláusula Quinta. FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS, el siguiente texto:<br>Los recursos de la presente adición, se pagarán una vez se haya formalizado la presente adición, previo cumplimiento por parte del contratista/conveniante y de la supervisión, de los requisitos establecidos para el desembolso de los recursos del Convenio.<br><br>El giro correspondiente al mes de diciembre, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024, se hará al momento de la liquidación del Convenio, una vez verificado el balance financiero y el cumplimiento de las obligaciones por parte del Supervisor. |

| | **No. contrato/ convenio** | **Municipio** | **ESE/Centro médico** | **Presupuesto inicial/entregado** | **Adición** |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 4600017328 | Zaragoza | Centro Médico CUBIS | $ 529.872.001 | $ 92.870.377 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 4600017315 | San Juan de Urabá | ESE Hospital Héctor Abad Gómez | $ 572.589.997 | $ 100.357.537 |
| 2 | 4600017316 | La Pintada | ESE Hospital Antonio Roldan Betancur | $ 193.808.830 | $ 33.968.768 |
| 3 | 4600017317 | Sopetrán | ESE Hospital Horacio Muñoz Suescún | $ 278.401.273 | $ 48.795.240 |
| 4 | 4600017318 | Uramita | E.S.E Hospital Tobías Puerta | $ 294.396.831 | $ 51.598.772 |
| 5 | 4600017319 | Argelia | ESE Hospital San Julián de Argelia | $ 240.583.044 | $ 42.166.859 |
| 6 | 4600017320 | Toledo | ESE Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes | $ 259.813.106 | $ 45.537.302 |
| 7 | 4600017322 | Murindó | ESE Hospital San Bartolomé | $ 874.704.233 | $ 153.308.935 |
| 8 | 4600017323 | Tarazá | ESE Hospital San Antonio | $ 485.539.077 | $ 85.100.170 |
| 9 | 4600017326 | Vigía del Fuerte | ESE Hospital Atrato Medio Antioqueño | $ 800.138.735 | $ 140.239.881 |
| 10 | 4600017327 | Jericó | E.S.E Hospital San Rafael | $ 244.341.420 | $ 42.825.588 |
| 11 | 4600017329 | Cáceres | ESE Hospital Isabel la católica | $ 694.236.904 | $ 121.678.524 |
| 12 | 4600017330 | Caicedo | ESE Hospital Guillermo Gaviria Correa | $ 273.139.471 | $ 47.873.006 |
| 13 | 4600017321 | Gómez Plata | ESE Hospital Santa Isabel | $ 221.495.722 | $ 38.821.435 |

Recomendaciones: se puede verificar en el acta de la sesión ordinaria del COS Nro. 109 del martes 03 de diciembre de 2024.

Cordialmente,

JUAN FELIPE RENDÓN SÁNCHEZ
Director Asesoría Jurídica Contractual
Secretario Técnico del COS

| | NOMBRE | FECHA |
|---|---|---|
| Proyectó | María Girlesa Cardona Restrepo - Técnica Operativa - Dirección Asesoría Jurídica Contractual - Subsecretaría Prevención Daño Antijurídico - Secretaría General | 04/12/2024 |
| Revisó | Marcela Alvarez Acosta - Profesional Universitario - Dirección Asesoría Jurídica Contractual - Subsecretaría Prevención Daño Antijurídico - Secretaría General | 04/12/2024 |