# MUNICIPIO SANTIAGO DECALI
# SECRETARIA DE SALUD
## Registro Presupuestal de Compromiso

| | | | |
|---|---|---|---|
| **RPC No.** | 4500351603 | **Fecha de Contabilización:** | 16.12.2024 |
| **Beneficiario:** | 8903034486 ESE HOSPITAL GERIATRICO SAN MIGUEL | **Fecha Impresión:** | 16.12.2024 |
| | | **Estado Liberación:** | Contabilizado |
| **Contrato:** | CONV 0063 | **Página:** | 1 de 1 |

**Plazo del contrato**
NOTA: En cumplimiento del Artículo 84 del Acuerdo 0438 de 2018 "Por el cual se actualiza el Estatuto Orgánico de Presupuesto para el Municipio de Santiago de Cali y se Dictan otras disposiciones#

**Descripción**
Aunar esfuerzos y recursos económicos, a través de la suscripción de un convenio interadministrativo entre la Secretaría de Salud Pública del Distrito Especial de Santiago de Cali y el Hospital Ancianato San Miguel

**Item 1**
**Apropiación:** 4145/1.2.1.0.00/2.3.2.02.02.009/62020020002/BP260054621010115 SECRETARIA DE SALUD/Ingresos corrientes de Libre Destinación/Personas remitidas por el/Realizar fortalecimiento de los servicio
**Valor:** 97.013.425 COP
**Proyecto:** BP-26005462/1/01/01/15 Realizar fortalecimiento de los servicio
**CDP Asociados:**
3500227669
**Programación PAC**
DIC: 97.013.425

**Importe total:** La suma de NOVENTA Y SIETE MILLONES TRECE MIL CUATROCIENTOSVEINTICINCO PESOS
**Valor:** 97.013.425 COP

| Nombre y Firma Solicitante | Elaboró: Nany Julieth Ruiz Quiñones | Nombre y Firma Aprobador |
|---|---|---|

República de Colombia

Santiago de Cali

MPIO DE SANTIAGO DE CALI
Dependencia: - Fondo Local Salud
Nit: 8903990113
Tel: 5542533
Fax: 5567689
Cali - Colombia

# DEL PEDIDO 4500351603
FECHA DEL PEDIDO 16.12.2024

# DEL CONTRATO LEGAL CONV 0063


PROVEEDOR: ESE HOSPITAL GERIATRICO SAN MI
NIT: 8903034486
DIRECCION: CR 70 2 A 04
CIUDAD: SANTIAGO DE CALI
TEL: 3113337745

CONDICIONES DE PAGO: PAGO INMEDIATO
MONEDA: PESO COLOMBIANO
FECHA DE ENTREGA : 31.12.2024

Aunar esfuerzos y recursos económicos, a través de la suscripción de unconvenio interadministrativo entre la Secretaría de Salud Pública delDistrito

| POS | MATERIAL | DESCRIPCION | CANTIDAD | UND. | VALOR UNIT. | %DCTO. | %IVA | VALOR UNIT . TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00010 | 1007575 | SERVICIOS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA R | 1 | Unidad | 38.805.370 | 0 | 0 | 38.805.370 |
| 00020 | 1007575 | SERVICIOS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA R | 1 | Unidad | 58.208.055 | 0 | 0 | 58.208.055 |

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | = 97.013.425 |
| TOTAL DSCTOS / RECARGOS | = 0 |
| TOTAL IVA Y/O SOBRETASAS | = 0 |
| TOTAL OTROS RECARGOS | = 0 |
| TOTAL DEL PEDIDO | = 97.013.425 |

Las siguientes cláusulas hacen parte del presente pedido:
PRIMERA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: EL CONTRATISTA declara bajo juramento que se entiende prestado con la aceptación del pedido, que no incurre en ninguna de las causales de inhabilidad previstas en la constitución y la Ley 80 de 1.993
SEGUNDA: GARANTIAS: EL CONTRATISTA, prestará a favor del CONTRATANTE, en caso de ser requerida, garantía única que avalará las obligaciones surgidas de la orden, por el riesgo, valor asegurado y vigencia que se indiquen.
TERCERA: INCUMPLIMIENTO: El incumplimiento por parte del CONTRATISTA de cualquiera de las obligaciones a su cargo dará lugar a no indefinidamente.
INSTRUCCIONES PARA EL DESPACHO DE MERCANCIAa) Al efectuar el despacho , sírvase mencionar en la factura el número deéste pedido, la cual deberá adjuntarse a los artículos, y con la información acorde con lo convenido en el pedido. b) Origial y copia de la factura se entregará al funcionario encargado de recepcionar los artículos, quien la remitirá con soportes al centro de acopio designadopor la Entidad Territorial

CONTRATANTE

CONTRATISTA