SP-140 - CU-3910-2022

Manizales; 2022-04-25

Doctor
ALEJANDRO CEPEDA PEREZ
Jefe Oficina de Promoción Social Ministerio de Salud y Protección Social
Carrera 13 No. 32-76
Bogotá D.C

Asunto: **Respuesta solicitud certificado de no expedición de actas de liquidación de los contratos de prestación de servicios y apoyo a la gestión procedimiento de Certificación de Discapacidad en el Departamento de Caldas**

En atención a su solicitud de cargue de soportes en la plataforma PISIS-ítem 4, según lo señalado en los *"lineamientos para la ejecución de los recursos destinados a garantizar la implementación de la certificación de discapacidad y el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad resolución 367 de 2021"*, se solicita adjuntar mínimamente los soportes señalados en el numeral 4.1 del mencionado lineamiento, y todos aquellos correspondientes para la verificación de lo reportado, entre los que se incluyen, el acta de liquidación de los contratos con los que se ejecutaron los recursos, al respecto es importante indicar lo siguiente:

La Dirección Territorial de Salud de Caldas, suscribió en la vigencia 2021 un total de siete (7) contratos en aras de garantizar la implementación del procedimiento de Certificación de Discapacidad con las IPS capacitadas y certificadas previamente por El Ministerio de Salud y Protección Social ubicadas en el departamento de Caldas. Dicha contratación se adelantó de forma directa y tres (3) de estos mediante la prestación de servicios profesionales y apoyo a la gestión de acuerdo con lo señalado en el literal (h) del numeral 4 del artículo 2 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, como se evidencia a continuación:

Nombre de la Entidad	Número contrato	Fecha de suscripción
IPS Pausa SAS	150.25.4.0653	08 de septiembre de 2021
Corporación Alberto	150.25.4.665	02 de septiembre de 2021

Arango Restrepo – CEDER – Manizales		
Medicare IPS SAS	150.25.4.0669	08 de septiembre de 2021

Que, de acuerdo al tipo de contrato celebrado, se estableció entre otras la siguiente cláusula:

> *"Por tratarse de un contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión no habrá lugar a suscribir o levantar la respectiva Acta de Liquidación, conforme lo establece el inciso 5 del artículo 217 decreto extraordinario Nº 019 de 2012. PARÁGRAFO ÚNICO: En el evento en que el contrato termine anticipadamente y de común acuerdo, los partes deberán suscribir Acta de Terminación Consensual y posterior Acta de Liquidación Bilateral".*

Atendiendo lo anterior, el inciso 5 del *artículo 217. De la ocurrencia y contenido de la liquidación de los contratos estatales,* del decreto extraordinario 019 de 2012, señala: *"(…) La liquidación a que se refiere el presente artículo no será obligatoria en los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión".*

Por tal razón la entidad **no levantó actas de liquidación** de los contratos suscritos con las IPS privadas: **(i)** Medicare SAS. **(ii)** Pausa SAS y **(III)** Corporación Alberto Arango Restrepo – CEDER, sin embargo, se adjuntan los siguientes documentos que dan cuenta de la ejecución de los contratos, como lo son: **1.** Comprobante de Egreso emitido por la subdirección administrativa y financiera **2.** Certificado de cumplimiento expedido por el supervisor del contrato, esto en aras de facilitar la verificación en cuanto a la ejecución de los recursos.

Cordialmente,

FIRMA ELECTRÓNICA
Norberto Luis Sepulveda Andrade
Subdirector de Salud Pública

Elaborado por: Diana Carolina Herrera Canal - Contratista Gestión Diferencial
Revisado por: Adriana Rocio Manjarres Gonzalez - Profesional Universitario Trabajador Social

COMPROBANTE DE EGRESO

FECHA	Nro EGRESO	CHEQUE/PAGO
2021/10/14	006915	0000000167

TERCERO
0000000000890802356 CORPORACION ALBERTO ARANGO R. - CEDER

CONCEPTO
CTO 0665 DEL 2021 FRA 587 DEL 2021/10/07 CONVENIO DISCAPAC

VALOR
********8,118,257.00 OCHO MILLONES CIENTO DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS **********

Contabilidad

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
11100634	BANCOL OTR GTOS SALUD-INV 62316141825		8,118,257.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA	8,118,257.00	
5502110105	APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA S	8,729,308.00	
24072204	ESTAMPILLA PROHOSPITAL SANTA SOFIA		87,293.00
24072201	ESTAMPILLA PRODESARROLLO		174,586.00
24072202	ESTAMPLILLA PROUNIVERSIDAD		87,293.00
24072205	ESTAMPILLA PROAUDULTO MAYOR		261,879.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA		8,118,257.00

PRESUPUESTO

Clase	Código	Nombre
Rubro	A.2.2.22.5	DISCAPACIDAD
Fuente	87	DISCAPACIDAD 367/2021
Registro	004151	
Obligación	006698	
Cta.Pagar	006841	

CAJA

Cuenta : (62316141825) COFIN CERTIFIC.DISCAPACITADOS
Beneficiario : 005600078--00000005901772760--D

ELABORO
Hernan Arango Castano**********

Escaneado con CamScanner

COMPROBANTE DE EGRESO

FECHA	Nro EGRESO	CHEQUE/PAGO
2021/11/12	008061	0000000177

TERCERO

0000000000890802356 CORPORACION ALBERTO ARANGO R. - CEDER

CONCEPTO

CTO 0665 DEL 2021 FRA 6151 DEL 2021/11/08 CONVENIO DISCAPACI

VALOR

********3,544,590.00 TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS NOVENTA PESOS **********

Contabilidad

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
11100634	BANCOL OTR GTOS SALUD-INV 62316141825		3,544,590.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA	3,544,590.00	
5502110105	APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA S	3,811,388.00	
24072204	ESTAMPILLA PROHOSPITAL SANTA SOFIA		38,114.00
24072201	ESTAMPILLA PRODESARROLLO		76,228.00
24072202	ESTAMPLILLA PROUNIVERSIDAD		38,114.00
24072205	ESTAMPILLA PROAUDULTO MAYOR		114,342.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA		3,544,590.00

PRESUPUESTO

Clase	Código	Nombre
Rubro	A.2.2.22.5	DISCAPACIDAD
Fuente	87	DISCAPACIDAD 367/2021
Registro	004151	
Obligación	007747	
Cta.Pagar	008014	

CAJA

Cuenta : (62316141825) COFIN CERTIFIC.DISCAPACITADOS

Beneficiario : 005600078--00000005901772760--D

ELABORO

Hernan Arango Castano**********

Escaneado con CamScanner

COMPROBANTE DE EGRESO

FECHA	Nro EGRESO	CHEQUE/PAGO
2021/12/14	008888	0000000186

TERCERO

0000000000890802356 CORPORACION ALBERTO ARANGO R. - CEDER

CONCEPTO

CTO 0665 DEL 2021 FRA 6705 DEL 2021/12/07 APOYO A PROGRAMAS

VALOR

********5,488,399.00 CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS **********

Contabilidad

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
11100634	BANCOL OTR GTOS SALUD-INV 62316141825		5,488,399.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA	5,488,399.00	
5502110105	APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA S	5,901,504.00	
24072204	ESTAMPILLA PROHOSPITAL SANTA SOFIA		59,015.00
24072201	ESTAMPILLA PRODESARROLLO		118,030.00
24072202	ESTAMPLILLA PROUNIVERSIDAD		59,015.00
24072205	ESTAMPILLA PROAUDULTO MAYOR		177,045.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA		5,488,399.00

PRESUPUESTO

Clase	Código	Nombre
Rubro	A.2.2.22.5	DISCAPACIDAD
Fuente	87	DISCAPACIDAD 367/2021
Registro	004151	
Obligación	008619	
Cta.Pagar	008970	

CAJA

Cuenta : (62316141825) COFIN CERTIFIC.DISCAPACITADOS

Beneficiario : 005600078--00000005901772760--D

ELABORO

Hernan Arango Castano**********

Escaneado con CamScanner

COMPROBANTE DE EGRESO

FECHA	Nro EGRESO	CHEQUE/PAGO
2021/12/28	009665	0000000202

TERCERO
0000000000890802356 CORPORACION ALBERTO ARANGO R. - CEDER

CONCEPTO
CTO 0665 DEL 2021 FRA 6967 DEL 2021/12/21 DISCAPACIDAD

VALOR
*******10,405,089.00 DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL OCHENTA Y NUEVE PESOS ******
****

Contabilidad

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
11100634	BANCOL OTR GTOS SALUD-INV 62316141825		10,405,089.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA	10,405,089.00	
5502110105	APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA S	11,188,268.00	
24072204	ESTAMPILLA PROHOSPITAL SANTA SOFIA		111,883.00
24072201	ESTAMPILLA PRODESARROLLO		223,765.00
24072202	ESTAMPLILLA PROUNIVERSIDAD		111,883.00
24072205	ESTAMPILLA PROAUDULTO MAYOR		335,648.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA		10,405,089.00

PRESUPUESTO

Clase	Código	Nombre
Rubro	A.2.2.22.5	DISCAPACIDAD
Fuente	87	DISCAPACIDAD 367/2021
Registro	004936	
Obligación	009675	
Cta.Pagar	009740	

CAJA

Cuenta : (62316141825) COFIN CERTIFIC.DISCAPACITADOS
Beneficiario : 005600078--00000005901772760--D

ELABORO
Hernan Arango Castano**********

Escaneado con CamScanner

COMPROBANTE DE EGRESO

FECHA	Nro EGRESO	CHEQUE/PAGO
2021/12/28	009664	0000000201

TERCERO

0000000000890802356 CORPORACION ALBERTO ARANGO R. - CEDER

CONCEPTO

CTO 0665 DEL 2021 FRA 2667 DEL 2021/12/21 DISCAPACIDAD

VALOR

********5,602,739.00 CINCO MILLONES SEISCIENTOS DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS **********

Contabilidad

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
11100634	BANCOL OTR GTOS SALUD-INV 62316141825		5,602,739.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA	5,602,739.00	
5502110105	APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA S	6,024,452.00	
24072204	ESTAMPILLA PROHOSPITAL SANTA SOFIA		60,245.00
24072201	ESTAMPILLA PRODESARROLLO		120,489.00
24072202	ESTAMPLILLA PROUNIVERSIDAD		60,245.00
24072205	ESTAMPILLA PROAUDULTO MAYOR		180,734.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA		5,602,739.00

PRESUPUESTO

Clase	Código	Nombre
Rubro	A.2.2.22.5	DISCAPACIDAD
Fuente	87	DISCAPACIDAD 367/2021
Registro	004151	
Obligación	009674	
Cta.Pagar	009739	

CAJA

Cuenta : (62316141825) COFIN CERTIFIC.DISCAPACITADO

Beneficiario : 005600078--00000005901772760--D

ELABORO

Hernan Arango Castano**********

Escaneado con CamScanner

COMPROBANTE DE EGRESO

FECHA	Nro EGRESO	CHEQUE/PAGO
2021/10/21	007032	0000000168

TERCERO
0000000000901279826 IPS PAUSA S.A.S

CONCEPTO
CTO 0653 DEL 2021 FRA 1254 DEL 2021/10/06 APOYO A PROGRAMAS

VALOR
********6,351,383.00 SEIS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS **********

Contabilidad

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
11100634	BANCOL OTR GTOS SALUD-INV 62316141825		6,351,383.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA	6,351,383.00	
5502110105	APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA S	7,008,036.00	
24360501	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD		140,161.00
24362701	RETEICA		25,930.00
24072204	ESTAMPILLA PROHOSPITAL SANTA SOFIA		70,080.00
24072201	ESTAMPILLA PRODESARROLLO		140,161.00
24072202	ESTAMPLILLA PROUNIVERSIDAD		70,080.00
24072205	ESTAMPILLA PROAUDULTO MAYOR		210,241.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA		6,351,383.00

PRESUPUESTO

Clase	Código	Nombre
Rubro	A.2.2.22.5	DISCAPACIDAD
Fuente	87	DISCAPACIDAD 367/2021
Registro	004182	
Obligación	006692	
Cta.Pagar	006837	

CAJA
Cuenta : (62316141825) COFIN CERTIFIC.DISCAPACITADOS
Beneficiario : 005600078--00000084369996867--D

ELABORO
Hernan Arango Castano**********

Impreso por Idatos Ltda.

Escaneado con CamScanner

Nit. 800114312-5

Territorial
Dirección Territorial de Salud de Caldas

CUÍDATE - CUÍDAME

COMPROBANTE DE EGRESO

FECHA	Nro EGRESO	CHEQUE/PAGO
2021/11/17	008077	0000000179

TERCERO
00000000000901279826 IPS PAUSA S.A.S

CONCEPTO
CTO 0653 DEL 2021 FRA 1311 DEL 2021/11/05 CONVENIO DISCAPA

VALOR
*******16,491,311.00 DIECISEIS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL TRESCIENTOS ONCE PESOS **********

Contabilidad

Cuenta	*Descripción*	*Débito*	*Crédito*
11100634	BANCOL OTR GTOS SALUD-INV 62316141825		16,491,311.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA	16,491,311.00	
5502110105	APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA S	18,196,304.00	
24360501	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD		363,926.00
24362701	RETEICA		67,326.00
24072204	ESTAMPILLA PROHOSPITAL SANTA SOFIA		181,963.00
24072201	ESTAMPILLA PRODESARROLLO		363,926.00
24072202	ESTAMPLILLA PROUNIVERSIDAD		181,963.00
24072205	ESTAMPILLA PROAUDULTO MAYOR		545,889.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA		16,491,311.00

PRESUPUESTO

Clase	*Código*	*Nombre*
Rubro	A.2.2.22.5	DISCAPACIDAD
Fuente	87	DISCAPACIDAD 367/2021
Registro	004182	
Obligación	007929	
Cta.Pagar	008034	

CAJA

Cuenta : (62316141825) COFIN CERTIFIC.DISCAPACITADOS
Beneficiario : 005895142--00000084369996867--D

ELABORO
Hernan Arango Castano**********

Impreso por Idatos Ltda.

Escaneado con CamScanner

Territorial
Dirección Territorial de Salud de Caldas

CUÍDATE - CUÍDAME

COMPROBANTE DE EGRESO

FECHA	Nro EGRESO	CHEQUE/PAGO
2021/12/15	009091	0000000188

TERCERO
00000000000901279826 IPS PAUSA S.A.S

CONCEPTO
CTO 0653 DEL 2021 FRA 1355 DEL 2021/12/10 DISCAPACIDAD

VALOR
********2,234,128.00 DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CIENTO VEINTIOCHO PESOS **********

Contabilidad

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
11100634	BANCOL OTR GTOS SALUD-INV 62316141825		2,234,128.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA	2,234,128.00	
5502110105	APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA S	2,465,108.00	
24360501	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD		49,302.00
24362701	RETEICA		9,121.00
24072204	ESTAMPILLA PROHOSPITAL SANTA SOFIA		24,651.00
24072201	ESTAMPILLA PRODESARROLLO		49,302.00
24072202	ESTAMPLILLA PROUNIVERSIDAD		24,651.00
24072205	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR		73,953.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA		2,234,128.00

PRESUPUESTO

Clase	Código	Nombre
Rubro	A.2.2.22.5	DISCAPACIDAD
Fuente	87	DISCAPACIDAD 367/2021
Registro	004182	
Obligación	008695	
Cta.Pagar	009060	

CAJA

Cuenta : (62316141825) COFIN CERTIFIC.DISCAPACITADOS
Beneficiario : 005895142--00000084369996867--D

ELABORO
Hernan Arango Castano**********

Impreso por Idatos Ltda.

Escaneado con CamScanner

COMPROBANTE DE EGRESO

FECHA	Nro EGRESO	CHEQUE/PAGO
2021/12/15	009092	0000000189

TERCERO

0000000000901279826 IPS PAUSA S.A.S

CONCEPTO

CTO 0653 DEL 2021 FRA 1355 DEL 2021/12/10 DISCAPACIDAD

VALOR

********8,128,654.00 OCHO MILLONES CIENTO VEINTIOCHO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS **********

Contabilidad

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
11100634	BANCOL OTR GTOS SALUD-INV 62316141825		8,128,654.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA	8,128,654.00	
5502110105	APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA S	8,969,056.00	
24360501	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD		179,381.00
24362701	RETEICA		33,186.00
24072204	ESTAMPILLA PROHOSPITAL SANTA SOFIA		89,691.00
24072201	ESTAMPILLA PRODESARROLLO		179,381.00
24072202	ESTAMPLILLA PROUNIVERSIDAD		89,691.00
24072205	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR		269,072.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA		8,128,654.00

PRESUPUESTO

Clase	Código	Nombre
Rubro	A.2.2.22.5	DISCAPACIDAD
Fuente	87	DISCAPACIDAD 367/2021
Registro	004927	
Obligación	008696	
Cta.Pagar	009061	

CAJA

Cuenta : (62316141825) COFIN CERTIFIC.DISCAPACITADOS

Beneficiario : 005895142--00000084369996867--D

ELABORO

Hernan Arango Castano**********

Impreso por Idatos Ltda.

Escaneado con CamScanner

Territorial
Dirección Territorial de Salud de Caldas

CUÍDATE - CUÍDAME

Nit. 800114312-5

COMPROBANTE DE EGRESO

FECHA	Nro EGRESO	CHEQUE/PAGO
2021/12/24	009559	0000000196

TERCERO

0000000000901279826 IPS PAUSA S.A.S

CONCEPTO

CTO 0653 DEL 2021 FRA 1363 DEL 2021/12/20 DISCAPACIDAD

VALOR

********3,905,543.00 TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS **********

Contabilidad

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
11100634	BANCOL OTR GTOS SALUD-INV 62316141825		3,905,543.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA	3,905,543.00	
5502110105	APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA S	4,309,328.00	
24360501	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD		86,187.00
24362701	RETEICA		15,945.00
24072204	ESTAMPILLA PROHOSPITAL SANTA SOFIA		43,093.00
24072201	ESTAMPILLA PRODESARROLLO		86,187.00
24072202	ESTAMPLILLA PROUNIVERSIDAD		43,093.00
24072205	ESTAMPILLA PROAUDULTO MAYOR		129,280.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA		3,905,543.00

PRESUPUESTO

Clase	Código	Nombre
Rubro	A.2.2.22.5	DISCAPACIDAD
Fuente	87	DISCAPACIDAD 367/2021
Registro	004927	
Obligación	009554	
Cta.Pagar	009563	

CAJA

Cuenta : (62316141825) COFIN CERTIFIC.DISCAPACITADOS

Beneficiario : 005895142--00000084369996867--D

ELABORO

Hernan Arango Castano**********

Impreso por Idatos Ltda.

Teléfonos: +57 (6) 8801620 - Línea gratuita 018000968080
Dirección: Cra 21 N° 29 - 29, Manizales - Caldas
E-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

Escaneado con CamScanner

COMPROBANTE DE EGRESO

FECHA	Nro EGRESO	CHEQUE/PAGO
2021/10/21	007034	0000000170

TERCERO

00000000000810004747 MEDICARE

CONCEPTO

CTO 0669 DEL 2021 FRA 468 DEL 2021/10/12 DISCAPACIDAD

VALOR

********2,237,653.00 DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS **********

Contabilidad

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
11100634	BANCOL OTR GTOS SALUD-INV 62316141825		2,237,653.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA	2,237,653.00	
5502110105	APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA S	2,458,960.00	
24360501	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD		49,179.00
24072204	ESTAMPILLA PROHOSPITAL SANTA SOFIA		24,590.00
24072201	ESTAMPILLA PRODESARROLLO		49,179.00
24072202	ESTAMPLILLA PROUNIVERSIDAD		24,590.00
24072205	ESTAMPILLA PROAUDULTO MAYOR		73,769.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA		2,237,653.00

PRESUPUESTO

Clase	Código	Nombre
Rubro	A.2.2.22.5	DISCAPACIDAD
Fuente	87	DISCAPACIDAD 367/2021
Registro	004190	
Obligación	006812	
Cta.Pagar	007024	

CAJA

Cuenta : (62316141825) COFIN CERTIFIC.DISCAPACITADOS

Beneficiario : 005600078--00000007063736115--D

ELABORO

Hernan Arango Castano**********

Escaneado con CamScanner

Territorial
Dirección Territorial de Salud de Caldas

CUÍDATE - CUÍDAME

Nit. 800114312-5

COMPROBANTE DE EGRESO

FECHA	Nro EGRESO	CHEQUE/PAGO
2021/11/12	008062	0000000178

TERCERO
0000000000810004747 MEDICARE

CONCEPTO
CTO 0669 DEL 2021 FRA 484 DEL 2021/11/02 CONVENIO DISCAPACI

VALOR
********9,286,261.00 NUEVE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS **********

Contabilidad

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
11100634	BANCOL OTR GTOS SALUD-INV 62316141825		9,286,261.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA	9,286,261.00	
5502110105	APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA S	10,204,684.00	
24360501	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD		204,094.00
24072204	ESTAMPILLA PROHOSPITAL SANTA SOFIA		102,047.00
24072201	ESTAMPILLA PRODESARROLLO		204,094.00
24072202	ESTAMPLILLA PROUNIVERSIDAD		102,047.00
24072205	ESTAMPILLA PROAUDULTO MAYOR		306,141.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA		9,286,261.00

PRESUPUESTO

Clase	Código	Nombre
Rubro	A.2.2.22.5	DISCAPACIDAD
Fuente	87	DISCAPACIDAD 367/2021
Registro	004190	
Obligación	007751	
Cta.Pagar	008018	

CAJA

Cuenta : (62316141825) COFIN CERTIFIC.DISCAPACITADOS
Beneficiario : 005600078--00000007063736115--D

ELABORO
Hernan Arango Castano**********

Impreso por Idatos Ltda.

Teléfonos: +57 (6) 8801620 - Línea gratuita 018000968080
Dirección: Cra 21 N° 29 - 29, Manizales - Caldas
E-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

Certificate No. LAT 0913

Escaneado con CamScanner

COMPROBANTE DE EGRESO

FECHA	Nro EGRESO	CHEQUE/PAGO
2021/12/17	009105	0000000194

TERCERO
0000000000810004747 MEDICARE

CONCEPTO
CTO 0669 DEL 2021 FRA 499 DEL 2021/12/13 DISCAPACIDAD

VALOR
********7,608,022.00 SIETE MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL VEINTIDOS PESOS **********
****

Contabilidad

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
11100634	BANCOL OTR GTOS SALUD-INV 62316141825		7,608,022.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA	7,608,022.00	
5502110105	APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA S	8,360,464.00	
24360501	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD		167,209.00
24072204	ESTAMPILLA PROHOSPITAL SANTA SOFIA		83,605.00
24072201	ESTAMPILLA PRODESARROLLO		167,209.00
24072202	ESTAMPLILLA PROUNIVERSIDAD		83,605.00
24072205	ESTAMPILLA PROAUDULTO MAYOR		250,814.00
24800401	ACCIONES DE SALUD PUBLICA		7,608,022.00

PRESUPUESTO

Clase	Código	Nombre
Rubro	A.2.2.22.5	DISCAPACIDAD
Fuente	87	DISCAPACIDAD 367/2021
Registro	004190	
Obligación	008736	
Cta.Pagar	009101	

CAJA

Cuenta : (62316141825) COFIN CERTIFIC.DISCAPACITADOS
Beneficiario : 005600078--00000007063736115--D

ELABORO
Hernan Arango Castano**********

Escaneado con CamScanner

EL SUSCRITO SUPERVISOR

CERTIFICA:

Que en mi condición de supervisor designado por virtud de la CLAUSULA SEPTIMA del contrato No. **150.25.4.0665** con fecha de suscripción del 02 de septiembre de 2021 celebrado entre la Dirección Territorial de Salud de Caldas y **CEDER IPS**, en calidad de representante legal con Nit 890.802.356-8, con el objeto de realizar las valoraciones multidisciplinarias para la Certificación de Discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad –RLCPD- de los municipios del Departamento de Caldas asignados, de conformidad con las resoluciones 113 y 1043 de 2020, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme con las obligaciones descritas en la cláusula SEGUNDA, cumplió para el periodo de **diciembre** de 2021 con el objeto del contrato.

El contratista presenta certificación por el contador con que se encuentra al día en el pago de parafiscales.

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO:

Números de Registro Presupuestal:	*004151*
Valor inicial del contrato No. **150.25.4.0665**	*$ 24.466.652*
Valor adición:	$ 11.188.268
Número de Registro Presupuestal adición:	004936
Primer pago según factura electrónica Nro. FVE5687	*$* 8.729.308
Segundo pago pago según factura electrónica Nro. FVE6151	$ 3.811.388
Tercer pago según factura electrónica Nro FVE6705	$5.901.504
Cuarto y último pago según factura electrónica Nro FVE6967	$17.212.720
Saldo pendiente de ejecutar:	$0

EVALUACION DEL PROVEEDOR:

El contratista cumplió oportunamente los requisitos previos para la ejecución del contrato y/o sus modificaciones: SI [X] NO [ ]

El contratista ha cumplido con los plazos de ejecución o de entrega pactados en el contrato:
SI [X] NO [ ]

El contratista ha cumplido con las condiciones de calidad en el bien, obra o servicio contratados con la entidad: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISIÓN SOBRE LA EJECUCIÓN:

Presenta mora en los aportes: SI___ NO__X_
Durante la ejecución se le efectuaron requerimientos: SI___ NO__X_

**Estas observaciones de no ser atendidas por el contratista de forma oportuna, se tendrán en cuenta para la liquidación del contrato de acuerdo a lo establecido en las cláusulas de este y en las normas contractuales.

Teniendo en cuenta que se han cumplido a cabalidad con las obligaciones del mencionado contrato No. **150.21.4.0665** con fecha de suscripción del 02 de septiembre de 2021, según lo establecido en la cláusula CUARTA, avalo que se gire la suma de **DIECISIETE MILLONES DOSCIENTOS DOCE MIL SETECIENTOS VEINTE ($17.212.720) PESOS MCTE**

Dada en Manizales a los 2021-12-27

FIRMA ELECTRONICA

_____

Adriana Rocio Manjarres Gonzalez
Supervisora
C. 24.714.850

Anexos:

Vo Bo Oficina de contratación: _____
OBSERVACIONES:_____
_____
_____

EL SUSCRITO SUPERVISOR

CERTIFICA:

Que en mi condición de supervisor designado por virtud de la CLAUSULA SEPTIMA del contrato No. **150.25.4.0669** con fecha de suscripción del **08 de septiembre de 2021** celebrado entre la Dirección Territorial de Salud de Caldas y **Medicare I.P.S. S.A.S**, en calidad de representante legal con Nit **810004747-1**, con el objeto de realizar las valoraciones multidisciplinarias para la Certificación de Discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad –RLCPD- de los municipios del Departamento de Caldas asignados, de conformidad con las resoluciones 113 y 1043 de 2020, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme con las obligaciones descritas en la cláusula SEGUNDA, cumplió para el periodo de **NOVIEMBRE** de 2021 con el objeto del contrato.

El contratista presenta certificación por el contador con que se encuentra al día en el pago de parafiscales.

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO:

Números de Registro Presupuestal:	*004190*
Valor total del contrato No. **150.25.4.0669**	*$* 21.024.108
Primer pago según factura electrónica Nro. FVE468	*$* 2.458.960
Segundo pago según factura electrónica Nro FVE484	$10.204.684
Tercer y último pago según factura electrónica NroFVE499	$8.360.464
Saldo pendiente de ejecutar	$0

EVALUACION DEL PROVEEDOR:

El contratista cumplió oportunamente los requisitos previos para la ejecución del contrato y/o sus modificaciones: SI [X] NO [ ]

El contratista ha cumplido con los plazos de ejecución o de entrega pactados en el contrato:
SI [X] NO [ ]

El contratista ha cumplido con las condiciones de calidad en el bien, obra o servicio contratados con la entidad: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISIÓN SOBRE LA EJECUCIÓN:

Presenta mora en los aportes: SI___ NO___X
Durante la ejecución se le efectuaron requerimientos: SI_X__ NO___

**Estas observaciones de no ser atendidas por el contratista de forma oportuna, se tendrán en cuenta para la liquidación del contrato de acuerdo a lo establecido en las cláusulas de este y en las normas contractuales.

Teniendo en cuenta que se han cumplido a cabalidad con las obligaciones del mencionado contrato No. **150.21.4.0669** con fecha de suscripción del 08 de septiembre de 2021, según lo establecido en la cláusula CUARTA, avalo que se gire la suma de **Ocho Millones Trecientos Sesenta Mil Cuatrocientos sesenta y cuatro ($8.360.464) Pesos Mcte.**

Dada en Manizales a los 2021-12-13

FIRMA ELECTRONICA

_____

Daniela Blandón Garcia
Supervisora (E)
C.C 1.054.989.199

Anexos:

Vo Bo Oficina de contratación: _____
OBSERVACIONES:_____
_____
_____

EL SUSCRITO SUPERVISOR

CERTIFICA:

Que en mi condición de supervisor designado por virtud de la CLAUSULA SEPTIMA del contrato No. **150.25.4.0653** con fecha de suscripción del 08 de septiembre de 2021 celebrado entre la Dirección Territorial de Salud de Caldas e **IPS Pausa SAS**, en calidad de representante legal con Nit 901279826-3, con el objeto de realizar las valoraciones multidisciplinarias para la Certificación de Discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad –RLCPD- de los municipios del Departamento de Caldas asignados, de conformidad con las resoluciones 113 y 1043 de 2020, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme con las obligaciones descritas en la cláusula SEGUNDA, cumplió para el periodo de **diciembre** de 2021 con el objeto del contrato.

El contratista presenta certificación por el contador con que se encuentra al día en el pago de parafiscales.

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO:

Números de Registro Presupuestal:	*004182*
Valor inicial del contrato No. **150.25.4.0653**	*$ 27.669.448*
Valor adición:	$ 13.278.384
Número de Registro Presupuestal adición:	004927
Primer pago según factura electrónica Nro. **FV1254**	*$* 7.008.036
Segundo pago según factura electrónica Nro. **FV1311**	$18.196.304
Tercer pago según factura electrónica Nro. **FV1355**	$11.434.164
Cuarto y último pago según factura electrónica Nro. **FV1363**	*$*4.309.328
Saldo pendiente de ejecutar	0

EVALUACION DEL PROVEEDOR:

El contratista cumplió oportunamente los requisitos previos para la ejecución del contrato y/o sus modificaciones: SI [X] NO [ ]

El contratista ha cumplido con los plazos de ejecución o de entrega pactados en el contrato:
SI [X] NO [ ]

El contratista ha cumplido con las condiciones de calidad en el bien, obra o servicio contratados con la entidad: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISIÓN SOBRE LA EJECUCIÓN:

Presenta mora en los aportes: SI___ NO___X
Durante la ejecución se le efectuaron requerimientos: SI___ NO___X

**Estas observaciones de no ser atendidas por el contratista de forma oportuna, se tendrán en cuenta para la liquidación del contrato de acuerdo a lo establecido en las cláusulas de este y en las normas contractuales.

Teniendo en cuenta que se han cumplido a cabalidad con las obligaciones del mencionado contrato No. **150.21.4.0653** con fecha de suscripción del 08 de septiembre de 2021, según lo establecido en la cláusula CUARTA, avalo que se gire la suma de **Cuatro Millones Trecientos Nueve Mil Trescientos Veintiocho ($4.309.328) Pesos Mcte.**

Dada en Manizales a los 2021-12-22

FIRMA ELECTRONICA

_____

Adriana Rocio Manjarres Gonzalez
Supervisora
C. 24.714.850

Anexos:

Vo Bo Oficina de contratación: _____
OBSERVACIONES:_____
_____
_____