

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                   |                                                              |                        |               |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------|---------------|----------|
| <br>ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI<br>GESTIÓN DE HACIENDA PÚBLICA<br>CONTABILIDAD GENERAL | MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)<br><br><b>DOCUMENTO SOPORTE<br/>EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A SUJETOS NO<br/>OBLIGADOS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA O<br/>DOCUMENTO EQUIVALENTE</b> |                                                              | MAHP03.03.01.P011.F001 |               |          |
|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                   |                                                              | VERSIÓN                | 004           |          |
| <b>A. DATOS DEL ADQUIRENTE</b>                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                   |                                                              |                        |               |          |
| 1. Fecha de la Transacción                                                                                                                                               | 8/04/2025                                                                                                                                                                                         | 2. Número Consecutivo                                        | DS                     | 4145          | LJAI- 04 |
| 3. Nombre/Razón Social                                                                                                                                                   | DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI                                                                                                                                                                      |                                                              | 4. RUT/NIT             | 890.399.011   | 3        |
| 5. Organismo                                                                                                                                                             | SECRETARIA DE SALUD PUBLICA                                                                                                                                                                       |                                                              | 6. Centro Gestor       | 4145          |          |
| 7. Dirección - Organismo                                                                                                                                                 | CALLE 4B N°36-00                                                                                                                                                                                  |                                                              | 8. Teléfono            | 5560727       |          |
| <b>B. DATOS DEL PROVEEDOR DE BIENES Y/O SERVICIOS<br/>BENEFICIARIO DEL PAGO</b>                                                                                          |                                                                                                                                                                                                   |                                                              |                        |               |          |
| 9. Apellidos y Nombres Completos del Proveedor Bienes y/o Servicios                                                                                                      | LEIDY JOHANNA ACEVEDO ISAZA                                                                                                                                                                       |                                                              | 10. NIT/C.C.           | 1.143.965.034 | 1        |
| 11. Dirección                                                                                                                                                            | Carrera 26T # 124 - 05                                                                                                                                                                            |                                                              | 12. Ciudad             | CALI          |          |
| 13. Correo Electrónico                                                                                                                                                   | leidy.acevedo.isaza@gmail.com                                                                                                                                                                     |                                                              | 14. Teléfono           | 3206660350    |          |
| <b>C. INFORMACIÓN DE LA OPERACIÓN</b>                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                   |                                                              |                        |               |          |
| 15. Concepto de la Operación                                                                                                                                             | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES<br>CUOTA CUATRO (4)                                                                                                                                         |                                                              |                        |               |          |
| 16. Valor de la Operación                                                                                                                                                | \$ 5.445.000                                                                                                                                                                                      | CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS Mcte |                        |               |          |
| <b>D. INFORMACIÓN CONTRACTUAL</b>                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                   |                                                              |                        |               |          |
| 17. Número Contrato                                                                                                                                                      | 4145.010.26.1.0226.2025                                                                                                                                                                           | 18. CDP                                                      | 3500229394             |               |          |
|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                   | 19. RPC                                                      | 4500353548             |               |          |
| 20. Objeto del Contrato                                                                                                                                                  | Prestar servicios profesionales a la Secretaría de Salud Pública                                                                                                                                  |                                                              |                        |               |          |
| 21. Valor del Contrato                                                                                                                                                   | \$ 43.560.000                                                                                                                                                                                     | CUARENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL PESOS Mcte   |                        |               |          |