FORMATO DE AJUSTE PARA PROYECTOS DE INVERSIÓN			
AJUSTE No. 02			
Nombre de la dependencia solicitante	Secretaría Local de Salud		
Código del Proyecto – BPIN – nombre del proyecto	202400000006037 - FORTALECIMIENTO SANITARIO DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL MUNICIPIO SANTANDER DE QUILICHAO		
Valor total de la modificación en pesos corrientes (Escriba el valor en números)	**$ 159.000.000**		
Vigencia	**2025**		
Código del Proyecto – BPIN – nombre del proyecto *En caso de ser un traslado, sino N/A*	**N/A**		
Valor total de la modificación en pesos corrientes (Escriba el valor en números) *En caso de ser un traslado, sino N/A*	**N/A**		
Vigencia *En caso de ser un traslado, sino N/A*	**N/A**		
Se encuentra en el POAI (marcar con X, N/A)	Si	X	Fecha de presentación del ajuste XX (DD/MM/AAAA)
	No		**27/05/2025**

1. Razones de la Solicitud

Los recursos adicionales por acuerdo municipal se requieren para garantizar el cumplimiento de los compromisos con el producto 1903003, de igual manera los recursos adicionados y que están dentro del presupuesto 159.000.000 se hacen necesarios para garantizar el disponibilidad de bienes y servicio para el funcionamiento de la SLS, relacionados por supuesto al cumplimiento de las metas y los objetivos específicos y general del proyecto, sin afectar el alcance estimado en el proyecto para el horizonte de planeación respectivo.

Esta modificación se realiza por adición presupuestal y adición de recursos disponibles en el presupuesto, por lo que se hace necesario con el fin de dar cabal cumplimento a los objetos especificados y por ende el cumplimento del proyecto FORTALECIMIENTO SANITARIO DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL MUNICIPIO SANTANDER DE QUILICHAO

1.1 Justificación Jurídica:

Dado lo anterior, una vez revisada la necesidad, se realiza el ajuste del proyecto con la adición respectiva, siendo consistentes con el Decreto 1082 de 2015 el cual establece en el artículo 2.2.4.1.1.4.13 *que los proyectos de inversión podrán ser susceptibles de ajustes siempre y cuando no se cambie su objeto, su alcance y no se altere sustancialmente sus actividades. Tampoco procederán ajustes que tenga por objeto: 1) Cambiar el objetivo general o los objetivos específicos del proyecto de inversión; 2) incrementar el valor inicial total del proyecto en un porcentaje superior al 50% y/o 3) cambiar la localización del proyecto, cuando implique modificaciones en las especificaciones técnicas o de los estudios que soportaron su viabilidad técnica.*

Al ver la necesidad del cumplimiento de las actividades se presenta proyecto de acuerdo al Concejo Municipal, donde esta corporación los aprueba quedando como Decret Municipal No 029 del 17 de marzo de 2025 "Por medio del cual se contracreditan valores en el anexo de gastos vigencia 2025", correspondiente a la presente vigencia fiscal, según valores anteriormente descritos en el producto relacionados Acuerdo que se anexa al presente formato de modificación.

Adicionalmente se incorporan recursos del presupuesto general, según valores descritos en el producto Servicio de Implementación Sistemas de Gestión dada la necesidad descrita anteriormente.

El presente ajuste se estructura para el horizonte del proyecto conforme a la ejecución real definida por la Secretaría Local de Salud, como responsable sectorial y ejecutor del proyecto.

En la siguiente tabla se discrimina la redistribución de actividades según la estructuración del proyecto:

2. AJUSTE PRESUPUESTAL:

2.1 Datos generales

ACTIVIDAD NUEVA EN EL PROYECTO *En caso de no aplicar escriba (N/A)*	PRODUCTO *En caso de no aplicar escriba (N/A)*		INDICADOR DE PRODUCTO INICIAL EN LA MGA *En caso de no aplicar escriba (N/A)*	INDICADOR DE PRODUCTO CON AJUSTE O SECUNDARIO *En caso de no aplicar escriba (N/A)*
ACT.XX **N/A**	**Nombre y código**		**Nombre y código**	**Nombre y código**
	N/A		**N/A**	**N/A**
	Meta del producto	**Meta con ajuste** *En caso de no aplicar escriba (N/A)*	**Meta Indicador**	**Meta indicador con ajuste**
	N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**

Nota: Copiar y pegar la tabla las veces que sean necesarias. En caso de ser un traslado, repita la tabla y discrimine para cada tabla el proyecto con su código BPIN y nombre al cual se refiera.

2.2 Beneficiarios

Localización *En caso de no aplicar escriba (N/A)*	**Beneficiarios Totales** *En caso de no aplicar escriba (N/A)*	**Código y descripción del Producto** *En caso de no aplicar escriba (N/A)*	**Beneficiarios por Producto** *En caso de no aplicar escriba (N/A)*

N/A	N/A	N/A	N/A

Nota: en los casos que aplique utilizar la tabla siguiente, de lo contrario omitir:

Producto: *En caso de no aplicar escriba (N/A)*

Clasificación	Detalle	Número de personas	Fuente de la información
Etapa del ciclo de vida	Primera infancia 0 – 5 años		
Etapa del ciclo de vida	Infancia 6 – 11 años		
Etapa del ciclo de vida	Adolescencia 12- 18 años		
Etapa del ciclo de vida	Juventud 14 – 26 años		
Etapa del ciclo de vida	Adultez 27 – 59 años		
Etapa del ciclo de vida	Vejez 60 años y más		
Etaria (Edad)	0 a 14 años		
Etaria (Edad)	15 a 19 años		
Etaria (Edad)	20 a 59 años		
Etaria (Edad)	Mayor de 60 años		
Género	Masculino		
Género	Femenino		
Grupos étnicos	Pueblos Indígenas		
Grupos étnicos	Comunidades Afrocolombianas		
Grupos étnicos	Comunidades Raizales		
Grupos étnicos	Pueblos Rrom		
Grupos étnicos	Población Mestiza		
Grupos étnicos	Comunidades Negras		
Grupos étnicos	Comunidades Palenqueras		
Población Vulnerable	Personas en Reincorporación (Acuerdos de Paz)		
Población Vulnerable	Personas en Reintegración exintegrantes de Grupos Armados Organizados y otros en tránsito a la vida civil		
Población Vulnerable	Desplazados		
Población Vulnerable	Personas con discapacidad		
Población Vulnerable	Víctimas de otros hechos diferentes al desplazamiento		

N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**

CONTRACREDITAR

BPIN Y NOMBRE DEL PROYECTO:					
PRODUCTO *En caso de no aplicar escriba (N/A)*	ACTIVIDAD *En caso de no aplicar escriba (N/A)*	VALOR VIGENTE EN EJECUCIÓN *En caso de no aplicar escriba (N/A)*	**FUENTE DE FINANCIACIÓN** *(Código y nombre de la fuente)*	**VALOR A CONTRACREDITAR** *Coloque – al valor o en caso de no aplicar escriba ($ 0)*	VALOR TOTAL CON AJUSTE
Nombre y código: **N/A**	ACT. 1. **N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	$ 0
Valor total del ajuste:					

A CREDITAR:

BPIN Y NOMBRE DEL PROYECTO:					
PRODUCTO *En caso de no aplicar escriba (N/A)*	ACTIVIDAD PARA AJUSTE *En caso de no aplicar escriba (N/A)*	VALOR VIGENTE EN EJECUCIÓN *En caso de no aplicar escriba (N/A) – para los casos en que el proyecto esté en estado viable con recursos colocar (N/A)*	**FUENTE DE FINANCIACIÓN** *(Código y nombre de la fuente)*	**VALOR A CREDITAR** *En caso de no aplicar escriba ($ 0)*	VALOR TOTAL CON AJUSTE
Nombre y código: **N/A**	ACT. 1. **N/A**	$ 0	**N/A**	$ 0	$0
Valor total del ajuste.					

2 VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

El suscrito secretario de Despacho, como responsable sectorial del proyecto, certifica que a la presente solicitud se le hizo un análisis jurídico, técnico, financiero, social, económico y ambiental, determinando que en el evento de aprobarse la solicitud y ejecutarse el proyecto, éste es ajustado a la Ley, es viable técnicamente, cuenta con los recursos suficientes, responde a un propósito social y económico favorable al Municipio y respeta las disposiciones ambientales.

Atentamente,

LAURA MARGARITA OCHOA FERNÁNDEZ
Secretaria Local de Salud
Copia(s): (opcional)
Redactor/transcriptor: Cotty Fernanda Ospina N.
Subserie documental: (según TRD)