GOBERNACIÓN DE BOLIVAR	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP	CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018

Dependencia:	SECRETARIA DE SALUD	Fecha:	31/12/2025

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	$584,052,476.07			Valor a Pagar:	$29,202,623.08	
	Número:	051	Fec. Suscripción:	May 26 2025	N° RP:	4046	Fecha: May 26 2025
	N° CDP:	412	Fecha:	Abr 5 2025			
	Rubro Presupuestal:	Servicios para la comunidad, sociales y personales -FORTALECIMIENTO DE LAS REDES INTEGRALES DE PRES					

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUCIÓN DEL COMPONENTE DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES- SUBSIDIO A LA OFERTA 2025 DE LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE CORDOBA BOLIVAR EN EL MUNICIPIO DE CORDOBA BOLIVAR DE CONFORMIDAD CON RESOLUCIÓN 484 DE 2024
FORMA DE PAGO:	El valor del convenio corresponde a la suma de QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CON SIETE CENTAVOS ($584.052.476,07) MCTE. Dicho valor se discrimina de la siguiente manera: En cuotas iguales por valor de NOVENTA Y DOS MILLONES CUATRO CIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS CON TREINTA Y SISTE CENTAVOS MCTE ($92.474.975,37), previa certificación suscrita por el supervisor del convenio del cumplimiento de los indicadores y metas pactadas en el mismo, así como sus obligaciones. Y una última cuota correspondiente al 5% del valor del contrato: VEINTINUEVE MILLONES DOS CIENTOS DOS MIL SEIS CIENTOS VEINTITRES PESOS CON OCHO CENTAVOS ($29.202.623,8), para ser cancelados al momento de la liquidación del mismo, una vez se realice el balance financiero y de cumplimiento de las obligaciones, como lo determina la resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social. El DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR, pagará a LA ESE el valor del convenio, por mensualidades vencidas, de acuerdo con el servicio prestado durante el periodo, cada pago debe estar precedido de presentación de la factura acompañada del certificado de recibido a satisfacción expedido por el supervisor del convenio. De igual manera se puede señalar que los pagos se realizaran de acuerdo con el PAC.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**ESE CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE CORDOBA**										
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula		Nit.	X		Número	806012905-6		DV	
Dirección:	Cartagena										
Número de Teléfono:	3002408663			FAX:				CEL.	3002408663		
Clase y número de cuenta:	Corriente:	**X**	Ahorros		Número:	**51295774889**		Banco:	**BANCOLOMBIA**		

ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"	Persona Natural:		Persona Jurídica:	**X**
		Gran Contribuyente:		Autoretenedor:	
		He verificado de esta información frente al RUT:		SI:	X

Regimen: **N.A.**

NO:

OBSERVACIONES: NA	**NOTA:**

177E87F7-5553-4BB7-93C9-243E0DC3293B

NOMBRE CONTRATISTA:	ESE CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE CORDOBA	**NOMBRE SUPERVISOR:**	NICOLAS A CHEDRAUI ALVARINO
C.C.:	806012905-6	**CARGO:**	P.E DAPS - LIDER ASEGURAMIENTO