

|                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                 |  |                        |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|-----|
| <br>ALCALDÍA DE<br>SANTIAGO DE CALI<br>GESTIÓN DE HACIENDA PÚBLICA<br>CONTABILIDAD GENERAL | MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN<br>(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                                                      | 4/2/2026                                                                                                                                             | 2. Número Consecutivo                               | DS               | 4145        | HEO-1 |
| 3. Nombre/Razón Social                                                          | DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI                                                                                                                         |                                                     | 4. RUT/NIT       | 890.399.011 | 3     |
| 5. Organismo                                                                    | SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD                                                                                                                        |                                                     | 6. Centro Gestor | 4145        |       |
| 7. Dirección - Organismo                                                        | CALLE 4B # 36 - 00                                                                                                                                   |                                                     | 8. Teléfono      | 5542534     |       |
| <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             | HECTOR ESCOBAR OSORIO                                                                                                                                |                                                     | 10. NIT/C.C.     | 16,598,822  | 2     |
| 11. Dirección                                                                   | CARRERA 2 # 64A - 41                                                                                                                                 |                                                     | 12. Ciudad       | CALI        |       |
| 13. Correo Electrónico                                                          | <a href="mailto:escobarosoriohector1@gmail.com">escobarosoriohector1@gmail.com</a>                                                                   |                                                     | 14. Teléfono     | 3470835     |       |
| <b>C. INFORMACIÓN DE LA OPERACIÓN</b>                                           |                                                                                                                                                      |                                                     |                  |             |       |
| 15. Concepto de la Operación                                                    | PRESTACION DE SERVICIOS CUOTA - PRIMERA                                                                                                              |                                                     |                  |             |       |
| 16. Valor de la Operación                                                       | \$2,271,000                                                                                                                                          | DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y UN MIL PESOS MCTE |                  |             |       |
| <b>D. INFORMACIÓN CONTRACTUAL</b>                                               |                                                                                                                                                      |                                                     |                  |             |       |
| 17. Número Contrato                                                             | 4145.010.26.1.0104-2026                                                                                                                              | 18. CDP                                             | 3500259171       |             |       |
|                                                                                 |                                                                                                                                                      | 19. RPC                                             | 4500403138       |             |       |
| 20. Objeto del Contrato                                                         | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL PROCESO SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI |                                                     |                  |             |       |
| 21. Valor del Contrato                                                          | \$9,084,000                                                                                                                                          | NUEVE MILLONES OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE      |                  |             |       |