



**F18**  
**SOLICITUD DE ADICIÓN, PRORROGA U OTRA MODIFICACIÓN**  
**AL CONTRATO**

Código: G-PC

Versión: 04

Fecha: Marzo de 2021

Página: 1 de 2

Bello, 13 de abril de 2026

PARA: Gerente E.S.E BelloSalud

DE: Supervisor del Contrato No. 005 de 2026

ASUNTO: Solicitud de Prorroga y Adición al Contrato CPS  
005- de 2026

En mi condición de supervisor del Contrato No. 005 de 2026, de manera atenta solicito a la dependencia jurídica adelantar el trámite de prórroga y adición en igual tiempo y por el mismo valor, teniendo en cuenta las consideraciones previamente expuestas.

**OBJETO DEL OTROSI:** Prestación de Servicios profesionales y de apoyo a la gestión para asesorar en la elaboración y actualización de la formulación del programa de saneamiento fiscal y financiero de la E.S.E Bellosalud.

La suscripción del otrosí, se justifica en la actualización del PSFF V.8.1 (2025–2029) se hace necesaria en atención a las recomendaciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y al cumplimiento de los parámetros establecidos en la guía metodológica y lineamientos de presentación, lo que implica ajustar la información de pasivos y cartera con corte a 31 de diciembre de 2025 o la más reciente reportada en las plataformas SIHO y CGN. Se requiere adicionar recursos por el mismo valor y tiempo, manteniendo las condiciones inicialmente pactadas en el contrato, con el fin de desarrollar actividades relacionadas con la formulación en la herramienta V8.1, el acompañamiento en los análisis financieros y operativos, la proyección de ingresos, producción y gastos, así como la atención de observaciones emitidas por el Departamento de Antioquia y el Ministerio. De igual manera, se contempla la coordinación con el equipo de la ESE para garantizar la actualización oportuna del PSFF, la entrega de productos e informes, y el cumplimiento de los principios de oportunidad, veracidad y confidencialidad de la información generada en el marco contractual.

|                      |                           |                      |
|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Elaboró: Jurídica    | Revisó: Equipo de Calidad | Aprobó: Gerencia     |
| Fecha: Marzo de 2020 | Fecha: Marzo de 2021      | Fecha: Marzo de 2021 |



**F18**  
**SOLICITUD DE ADICIÓN, PRORROGA U OTRA MODIFICACIÓN**  
**AL CONTRATO**

Código: G-PC

Versión: 04

Fecha: Marzo de 2021

Página: 2 de 2

VIGILADO SUPERSALUD  
Línea de Atención al Ciudadano: 011 011 0000

Igualmente, comprende la entrega de documentos y herramientas en formato Word o PDF, la presentación oportuna de informes e información requerida, la atención a las indicaciones de la ESE, el reporte de posibles inconvenientes y la garantía de confidencialidad y reserva de la información.

Lo anterior asegura la continuidad del proceso con el mismo consultor, evitando duplicidad de esfuerzos, sobrecostos y garantizando coherencia técnica, en cumplimiento de los principios de planeación y economía.

**PRORROGA AL CONTRATO INICIAL:**

El tiempo inicial del presente contrato es de Cuatro meses, Ciento veinte días (120), con un valor de \$ 44.142.000 el cual esta soportado con el CDP N° 194, con base a lo anterior, el tiempo que se solicita prorrogar es de Ciento Veinte días (120) días del tiempo inicial del contrato. Teniendo en cuenta la necesidad expuesta, espero su respuesta positiva con el ánimo de continuar cumpliendo con nuestros objetivos misionales.

Cordialmente,

**MARGARITA MARIA AVENDAÑO GARCIA**  
Subdirector Financiero  
Supervisora del Contrato

|                      |                           |                      |
|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Elaboró: Jurídica    | Revisó: Equipo de Calidad | Aprobó: Gerencia     |
| Fecha: Marzo de 2020 | Fecha: Marzo de 2021      | Fecha: Marzo de 2021 |

|                 |    |    |      |
|-----------------|----|----|------|
| FECHA SOLICITUD | D  | M  | A    |
|                 | 13 | 04 | 2026 |

|                   |         |   |
|-------------------|---------|---|
| TIPO DE SOLICITUD | INICIAL |   |
|                   | ADICIÓN | x |

**1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

|                                           |                                                   |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Nombre del proceso                        | Subgerencia de Administrativa y Financiera        |
| Nombre del solicitante (líder de proceso) | Margarita María Avendaño (subdirector Financiero) |

**2. OBJETO DEL GASTO**

Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión para asesorar en la elaboración y actualización de la formulación del programa de saneamiento fiscal y financiero V8.1 de la ESE BELLO SALUD

| CÓDIGO RUBRO PRESUPUESTAL | DESCRIPCIÓN RUBRO PRESUPUESTAL |
|---------------------------|--------------------------------|
| 2.1.2.02.02.008.003       | Servicios de consultoría       |

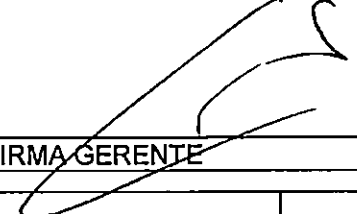
**3. VALOR DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL SOLICITADA**

|                 |      |
|-----------------|------|
| VIGENCIA (AÑO): | 2026 |
|-----------------|------|

|                            | EN NÚMEROS      | EN LETRAS                                                      |
|----------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------|
| VALOR                      | \$44.142.000,00 | Cuarenta y cuatro millones ciento cuarenta y dos mil pesos M/L |
| VALOR IVA                  |                 |                                                                |
| VALOR TOTAL DISPONIBILIDAD | \$44.142.000,00 | Cuarenta y cuatro millones ciento cuarenta y dos mil pesos M/L |

Si se solicita vigencia futura por favor indicar el número de Acta, por medio de la cual fue aprobado el monto.

|               |       |
|---------------|-------|
| ACTA DE JUNTA | FECHA |
|               |       |

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |
| FIRMA AREA USUARIA                                                                  | FIRMA GERENTE                                                                        |

|                              |                           |                          |
|------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Elaboró: Equipo Jurídico /GD | Revisó: Equipo de Calidad | Aprobó: Gerencia         |
| Fecha: Diciembre de 2016     | Fecha: Diciembre de 2016  | Fecha: Diciembre de 2016 |

**CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PPTAL Nro 194**

Número: 194  
Expedición: Abril 14/2026  
Vencimiento: Dic. 31/2026

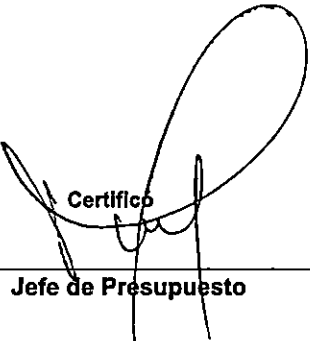
Certifico que a la fecha de aprobación de este documento existe apropiación disponible discriminada en los siguientes rubros:

| RUBRO PRESUPUES.    | DESCRIPCIÓN              | VALOR      |
|---------------------|--------------------------|------------|
| 2.1.2.02.02.008.003 | SERVICIOS DE CONSULTORIA | 44,142,000 |

Total: 44,142,000

SON: CUARENTA Y CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL PESOS CON CERO CENTAVOS M/L

**Objeto:** SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PARA ADICIONAR CONTRATO DE APOYO PROFESIONAL PARA LA ASESORIA Y ELABORACION DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO DE LA ESE BELLOSALUD, SEGUN FORMATO F4

  
Certifico  
\_\_\_\_\_  
Jefe de Presupuesto

El gasto que por medio de este documento se aprueba ha sido previamente autorizado por el Gerente de la E.S.I Bellosalud, quien es el único ordenador del gasto.

## **Estudio Previo para un Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero de una ESE de Primer Nivel**

### **1. Introducción**

El propósito de este estudio es realizar un diagnóstico detallado de la situación fiscal y financiera de la Empresa Social del Estado (ESE) de primer nivel, con el fin de establecer un plan de saneamiento que permita recuperar su estabilidad económica, mejorar su eficiencia operativa, y garantizar la calidad de los servicios de salud que presta a la población.

### **2. Objetivos del Plan de Saneamiento**

**Objetivo General:** Actualizar y elaborar la formulación y ajustes a las observaciones hechas por el área de calidad y servicio del departamento de Antioquia del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de la ESE BELLO SALUD V8.1 con corte a 31 de diciembre de 2025.

- **Objetivos Específicos:**

1. Analizar la situación financiera actual de la ESE.
2. Diagnosticar las principales causas del deterioro fiscal y financiero.
3. Proponer medidas correctivas en el corto, mediano y largo plazo.
4. Mejorar la gestión de los recursos y la optimización de costos.
5. Establecer indicadores de desempeño que permitan monitorear la evolución financiera de la ESE.

### **3. Contexto y Marco Normativo**

Las ESE de primer nivel en Colombia, como las que brindan atención primaria en salud, están sujetas a un marco normativo que incluye la Ley 100 de 1993, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y otras normativas locales y sectoriales que regulan la gestión fiscal y financiera de estas entidades. La ESE debe cumplir con los principios de eficiencia, eficacia, y transparencia, y garantizar la rendición de cuentas ante las autoridades.

### **4. Diagnóstico de la Situación Actual**

En esta sección se debe realizar un análisis detallado de la situación fiscal y financiera de la ESE. Para ello, es necesario contar con información financiera de los últimos años, como:

- **Estado de situación financiera:** Balance general, análisis de activos, pasivos y patrimonio.
- **Estado de resultados:** Ingresos, egresos y rentabilidad.
- **Flujos de caja:** Análisis de la liquidez y la capacidad de pago.
- **Análisis de la deuda:** Evaluación del nivel de endeudamiento y el cumplimiento de las obligaciones con los proveedores y entidades financieras.
- **Indicadores financieros clave:** Rentabilidad, liquidez, endeudamiento y eficiencia operativa. También es importante identificar los factores que afectan negativamente la situación financiera, tales como:

Código:

Versión: 001

Fecha:

Página 2

- Mala gestión en la facturación y cobro de servicios.
- Ingresos insuficientes por la prestación de servicios de salud.
- Altos niveles de deuda o morosidad.
- Ineficiencia en el control y manejo de los recursos.
- Inadecuado manejo de los gastos operativos.

## 5. Análisis de Causas del Deterioro Financiero

En esta sección se identifican y analizan las causas fundamentales que han generado la crisis financiera, tales como:

- **Desajuste entre los costos operativos y los ingresos generados:** En muchas ocasiones, las tarifas de los servicios de salud no son suficientes para cubrir los costos de operación.
- **Mala gestión de los recursos humanos y materiales:** Falta de control sobre el uso de los insumos y una gestión inadecuada del talento humano.
- **Deficiencias en la gestión administrativa y contable:** Procesos ineficientes o la falta de actualización en la contabilidad.
- **Problemas en la cobranza de cartera:** Inadecuada gestión de cuentas por cobrar a los afiliados o a otras entidades del sistema de salud.

## 6. Propuestas de Mejora (Plan de Saneamiento)

A partir del diagnóstico y el análisis de las causas del deterioro, se proponen medidas específicas para corregir la situación fiscal y financiera de la ESE:

### 6.1 Reestructuración Financiera

- **Renegociación de la deuda:** En caso de que la ESE tenga problemas de deuda, se debe buscar la reestructuración o reprogramación de los pagos con las entidades financieras o proveedores.
- **Optimización del flujo de caja:** Establecer mecanismos para mejorar la gestión del efectivo, como la reducción de los plazos de cobro y la aceleración de los pagos a proveedores.

### 6.2 Mejora en la Gestión de Ingresos

- **Optimización de la facturación:** Mejorar los procesos de facturación y cobro, asegurando que todos los servicios prestados sean cobrados correctamente.
- **Fortalecimiento de las estrategias de captación de recursos:** Explorar nuevas fuentes de ingresos, como convenios con otras entidades o el incremento de los servicios prestados.

### 6.3 Control de Gastos



|                                                                                   |              |                                              |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------|----------|
|  |              | <b>F5</b><br><b>FORMATO ESTUDIOS PREVIOS</b> |          |
| Código:                                                                           | Versión: 001 | Fecha:                                       | Página 3 |

- **Revisión y ajuste de la estructura de costos:** Identificar áreas en las que se pueda reducir el gasto sin afectar la calidad del servicio, como la renegociación de contratos de suministros o la mejora de la eficiencia energética en las instalaciones.
- **Reducción de personal no esencial:** Evaluar si hay personal en exceso o con funciones duplicadas, ajustando la plantilla de acuerdo con las necesidades reales.

#### 6.4 Fortalecimiento de la Gestión Administrativa

- **Mejoras en la contabilidad y auditoría interna:** Fortalecer los controles internos y los procesos contables para asegurar que los recursos sean manejados adecuadamente.
- **Capacitación y actualización de personal administrativo:** Capacitar al personal encargado de la gestión financiera en temas clave como el manejo de presupuestos y control fiscal.

#### 6.5 Transparencia y Rendición de Cuentas

- **Informe financiero periódico:** Establecer un sistema de informes financieros regulares y accesibles a las autoridades competentes y a la ciudadanía.
- **Mejorar la rendición de cuentas:** Implementar sistemas de gestión transparentes que permitan un seguimiento efectivo de los recursos.

### 7. Plan de Implementación

El plan de saneamiento debe ser implementado en fases para garantizar un seguimiento efectivo:

1. **Fase 1 – Diagnóstico detallado:** Realización de auditorías internas y revisión de la documentación financiera.
2. **Fase 2 – Diseño de estrategias de mejora:** Definición de las medidas específicas a tomar en cuanto a ingresos, gastos, reestructuración de la deuda, y mejora en la administración.
3. **Fase 3 – Ejecución de medidas correctivas:** Implementación de las medidas propuestas, con un seguimiento cercano de la ejecución.
4. **Fase 4 – Monitoreo y ajustes:** Evaluación periódica de los resultados obtenidos y ajuste de las estrategias en función de los avances.

### 8. Indicadores de Seguimiento

Para monitorear la efectividad del plan de saneamiento, es necesario definir indicadores clave, tales como:

- **Liquidez:** Medido por el índice de liquidez corriente.
- **Rentabilidad operativa:** Medido por el margen de utilidad operativa.
- **Cobertura de deuda:** Medido por el índice de cobertura de intereses.





- **Crecimiento de ingresos:** Medido por el incremento de los ingresos por la prestación de servicios.

### 1. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD QUE SE PRETENDE SATIFACER CON LA CONTRATACIÓN

de servicios de salud de atención básica de primer nivel de complejidad. en el Municipio de Bello, cuenta con Ocho (08) Sedes para la prestación de servicios, contando con actividades -de Promoción de la. Salud y Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad a los usuarios de la ESE, tendiente: a impactar positivamente. en la calidad de vida de la población asignada y su área de influencia, acorde. con los procesos, procedimientos y objetivos. Misionales de la. Institución.

Basados en lo anterior se hace necesario suscribir constantemente procesos contractuales en pro de mejorar los servicios de la institución, entregando a la comunidad servicios óptimos de calidad, Para ello; es requerido contar con el presupuesto que permita cumplir con lo planeado, La Superintendencia Nacional de Salud ha declarado a la ÉSE Bello Salud, entre muchas otras Empresas Sociales del Estado; en riesgo alto, La información anual con corte a diciembre del 2022 que en cumplimiento del reporte de Información de las IPS a que se refiere la Sección 2, Capítulo 8 Título 3, Parte-S del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, 'fue consolidada, validada y presentada por las direcciones territoriales de salud al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el 30 de abril de 2023 a través. del Sistema de Información Hospitalaria - SIHO, La información de dispersión poblacional se toma sobre el promedio nacional de proyecciones del censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DAN.E para,2023 y el área de las entidades territoriales de Colombia en kilómetros cuadrados se toma de la base. de datos geográficos de entidades territoriales, versión junio. 2021 del Instituto Geográfico Agustín Codazzi. 'La información de prestación de. servicios de urgencias o partos es tomada del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud "REPS" corte 16 a mayo. de 2023.

Las cinco (5) categorías de riesgo de las empresas sociales de estado (ESE), según la resolución 851 del 2023 son: 1. Las empresas sociales del estado del nivel territorial que , con corte al 31 de diciembre 2022, cuentan con programas de saneamiento fiscal y financiero (PSFF) viabilizando o en trámite de viabilidad por parte del ministerio de hacienda y crédito público que no son objeto de categorización , se relacionan en anexo técnico n°1 que hace parte integral de la resolución mencionada 2. Las empresas sociales del estado que hacen parte del documento "estado de las ESE remitidas por el ministerio de hacienda y crédito público durante la vigencia 2021 - 2022 que presentaron incumplimiento del Programa de Saneamiento Fiscal Y Financiero" remitido por la Superintendencia Nacional de Salud, que no son objeto de categorización, se relacionan en el Anexo Técnico No: 2., que hace parte integral de la resolución mencionada, (Fueron 24 ESE) 3. Las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que se encuentran adelantando un acuerdo de reestructuración de pasivos o en intervención. forzosa administrativa para administrar por parte de la Superintendencia Nacional



reciente reportada en las plataformas SIHO y CGN, con el fin de contar con información actualizada y oportuna.

se hace necesario adicionar recursos y prorrogar el plazo del contrato en las mismas condiciones pactadas, ajustando las actividades a: la formulación del PSFF en la herramienta V8.1 (o versión vigente), el acompañamiento en los análisis integrales para la definición de medidas, la proyección de ingresos por servicios de salud (2026–2030), el apoyo en la proyección de producción (Cuadro 32) y análisis de gastos (Cuadros 12 y 34), así como la coordinación con el equipo de la ESE, la gestión y solicitud de información, y la atención e incorporación de observaciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Comprende la entrega de documentos y herramientas en formato Word o PDF, la presentación oportuna de informes e información requerida, la atención a las indicaciones de la ESE, el reporte de posibles inconvenientes y la garantía de confidencialidad y reserva de la información.

Lo anterior garantiza la continuidad técnica del proceso con el mismo consultor, evitando duplicidad de esfuerzos, sobre costos y asegurando coherencia en la formulación del programa, conforme a los principios de planeación y economía.

2. OBJETO: Adicionar y prorrogar la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión para asesorar en la elaboración y actualización de la formulación del programa de saneamiento fiscal y financiero v8.1 de la E.S.E. Hospital Bello Salud.”

Código: UNSPSC El objeto está clasificado e identificado dentro del clasificador de bienes y servicios hasta el tercer y cuarto nivel así:

| GRUPO            | SEGMENTO                                                                                            | FAMILIA                                              | CLASE                                                                                 | PRODUCTO                                                                    | CODIGO   |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------|
| (F)<br>SERVICIOS | 80<br>(Servicios de<br>Gestión,<br>profesionales de<br>Empresas y<br>Servicios<br>Administrativos)  | 10<br>(Servicios de<br>asesoría en<br>gestión)       | 15<br>(Servicios de<br>consultoría de<br>Negocios Y<br>administración<br>corporativa) | 04<br>(Servicios de<br>asesoramiento sobre<br>planificación<br>estratégica) | 80101504 |
| (F)<br>SERVICIOS | 80<br>(Servicios de<br>Gestión,<br>profesionales de,<br>Empresas y<br>Servicios<br>Administrativos) | 16<br>(Servicios de<br>administració<br>de empresas) | 15<br>(Servicios de<br>apoyo<br>gerencial).                                           | 00                                                                          | 80161500 |
| (F)<br>SERVICIOS | 84.<br>(Servicios                                                                                   | 10<br>(Finanzas de                                   | 17<br>(Manejo de                                                                      | 02<br>(Reorganización de                                                    | 84101702 |

de Salud, y que hacen parte del listado consultado en la página web de dicha Superintendencia no son objeto de, categorización., las cuales se relacionan en el Anexo Técnico No. 3, que hace parte integral de la resolución mencionada. (Fueron 14.ESE)

Las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que a 30 de abril de 2023 no tenían información anual consolidada, validada y presentada por las direcciones territoriales de salud al Ministerio de Hacienda y Crédito público; con corte la 31 de diciembre del 2022, serán categorizadas en riesgo alto, se relacionan en el Anexo Técnico No; 4, que hace parte integral de la resolución mencionada, (6 ESE) 5. Las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que a 30 de abril de 2023 tenían.: información anual consolidada, validada y presentada por las direcciones territoriales de salud a este. Ministerio; con corte a 31 de diciembre de 2022, una vez aplicada la metodología definida en la Resolución 2509 de 2012, modificada por la Resolución 2249 de 2018, se Categorizan para la vigencia 2023, sin riesgo, con riesgo, bajo, medio o alto, tal y cómo se relacionan en el Anexo Técnico No5 que hace parte integral de. la resolución mencionada.

- \* 62 ESE en Riesgo Alto
- \* 123 ESE en Riesgo Bajo o
- \* 43 ESE en Riesgo medio
- \* 462 ESE Sin Riesgo

Conforme a lo anterior, el Ministerio de. Hacienda y Crédito. Público emitió una metodología para que cada entidad hospitalaria categorizada en riesgo medio y alto, elabore un programa de saneamiento fiscal financiero y de fortalecimiento de la ESE Bello Salud. Es por ello, que la ESE. Bello Salud debe suscribir un contrato de prestación de servicios con profesional público, con experiencia, que elabore y actualice el Programa de Saneamiento Fiscal financiero de la ESE Bello Salud, de acuerdo a la metodología mencionada, La ESE Bello Salud, no tiene en su planta de cargos un funcionario que cliente con la disponibilidad de tiempo y a su vez el perfil para desarrollar esta ardua tarea, si bien la Subdirección financiera; está en cabeza de una contadora publica, ella tiene a su cargo una gran cantidad de funciones con las que diariamente debe cumplir, entre las cuales se encuentra la rendición de decenas de informes que tienen fechas límites que de atrasarse, podrían ocasionar una sanción al ordenador del gasto, es por ello; que se suscribirá proceso contractual con un asesor ajeno a la entidad en aras de cumplir con la elaboración, actualización y ajustes que se deben hacer en dicho programa. La ESE radicó el PSFF V.8.1 (2025–2029), con corte de la información a 30 de junio de 2025, ante el Departamento de Antioquia y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En atención a los parámetros establecidos en la guía metodológica y lineamientos de presentación del PSFF, se hace necesario adelantar la actualización de la propuesta, especialmente en lo relacionado con pasivos y cartera, con corte a 31 de diciembre de 2025 o la información más



|                  |                                                  |                                                            |                           |        |          |
|------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|--------|----------|
|                  | Financieros y de                                 | desarrollo)                                                | deuda)                    | deuda) |          |
| (F)<br>SERVICIOS | 93<br>(Servicios Políticos y de Asuntos Cívicos) | 15<br>(Servicios de Administración y financiación pública) | 16<br>(Finanzas públicas) | 00     | 93151600 |

el análisis de la población del área de influencia de la ESE, de las IPS públicas y privadas de dicha área, del mercado, la competitividad, la población a atender por cada asegurador actual y/o potencial, la morbilidad y mortalidad general concluyendo con un análisis integral de toda la dimensión externa; 4) Desde la dimensión interna tener en cuenta para el diagnóstico situacional los siguientes aspectos: identificación general de la ESE, la cultura corporativa y lineamientos estratégicos de la ESE los servicios que se ofertan, la calidad en la prestación de estos servicios, el estado de los procesos y procedimientos prioritarios, del estado de guías clínicas y protocolos de atención, la gestión de talento humano y gestión de recurso físicos, la contratación en ejecución de venta de servicios, el costo y rentabilidad de los servicios, la gestión documental y archivística, el estado del sistema de medición a la gestión institucional, sistemas de información, aspectos jurídicos, procesos judiciales en contra de la ESE, aspectos financieros, los ingresos y gastos presupuestales, el análisis de pasivos, de cuentas por cobrar, de los estados financieros y la programación de estos en el escenario financiero de acuerdo con la prelación de pagos y las diferentes fuentes de financiación, todo ello en conjunto con el equipo de trabajo con el cual realizará en general un análisis integral de la situación interna de la institución para partir de un diagnóstico claro, real y completo. 5). Asesorar y acompañar a la ESE en la identificación de los problemas estructurales y el análisis DOFA; elementos sobre los cuales se deben desarrollar las medidas estratégicas del PSFF; 6) Una vez se cuente con el diagnóstico situacional; construir la propuesta para el Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero, partiendo de las herramientas metodológicas establecidas en la Guía para la Elaboración o Modificación del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero y de Fortalecimiento institucional de las Empresas Sociales del Estado Expedido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. 7) Registrar los datos en los cuadros que son parte de la herramienta con la información suministrada por la ESE con el corte solicitado por el Ministerio y proyectada para los periodos que también solicite dicho organismo. 8). Acompañar a la ESE en la preparación de las sustentaciones y revisión de avances ante los asesores que designen el Departamento y el Ministerio. 9) Acompañar a la ESE en la sustentación ante la Junta directiva sobre el avance de la formulación del PSFF y su





Código:

Versión: 001

Fecha:

Página 8

aprobación y adopción posterior (Acompañamiento acordado conjuntamente de manera previa). 10) Realizar las modificaciones que sean necesarias de acuerdo con las observaciones que realice la gerencia, las subgerencias, la Junta Directiva de la ESE el Departamento de Antioquia, el Ministerio de Hacienda y crédito Público y/o los Ministerios de Salud y Protección Social 11) Acompañar a la ESE en la realización de las Bases de Giro requeridas por el Departamento y el Ministerio de Salud y Protección Social para la ejecución de los recursos asignados al PSFF. 12) Acompañar a la ESE en la creación de los anexos que complementan los análisis integrales, las medidas y su medición en el PSFF. 13) Consolidar la información en el documento, los anexos y las herramientas de validación que sean aplicadas por el Departamento y el Ministerio. 14) Cumplir con los criterios técnicos, metodológicos y de financiación aclarando que la viabilidad del Programa de Sostenibilidad. Fiscal y Financiera es potestad del Ministerio de Hacienda y Crédito Público 15). Brindar la asesoría, pactada de conformidad con las necesidades de la ESE, para el desarrollo del objeto de este contrato 16) Atender las solicitudes de la 'Junta Directiva de la ESE Bello Salud, la Gerencia, Subgerencia Administrativa y Financiera, y Subdirección Administrativa ante inquietudes, solicitudes de información y sobre reportes de temas concretos del contrato, como de asistencia a determinadas reuniones durante la ejecución del mismos. 17) Entregar junto con cada cuenta de cobro o factura, el informe de las actividades realizadas y acompañamientos. hechos durante el tiempo a facturar, además de la planilla de la seguridad social paga. del mes inmediatamente anterior al cobro

**2.4. El contratante quedará obligado a:** 1) Pagar a la CONTRATISTA el valor pactado, previo el cumplimiento de los requisitos que se señalen, esto es; cuenta de cobro anexa al informe de actividades aprobado por la supervisora del contrato, con las respectivas evidencias, seguridad social paga y los Formatos que requiera el área de causaciones para el pago de los servicios prestados. 2) Suministrar los documentos y la información requerida para el cumplimiento del objeto contractual, '3) Ejercer la supervisión del presente contrato, a partir de la designación del supervisor necesario e idóneo con el fin de velar en causa para que el objeto del contrato se conciba, opere, se administre, se conserve y cumpla de acuerdo con sanas prácticas profesionales.

### **3. PLAZO DE EJECUCION**

El plazo de ejecución del contrato será de cuatro meses (4) del año 2026, el cual iniciará el 01 de mayo hasta el 30 de agosto 2026.

### **4. VALOR Y FORMA DE PAGO**

El valor total del presente contrato se estima en la suma de \$ 44.142.000 (Cuarenta y cuatro millones ciento cuarenta y dos mil pesos), los cuales cancelará la E.S.E. BELLO SALUD al CONTRATISTA, pagos mensuales, Cada factura debe ir acompañada de la certificación





|                                                                                   |              |                                              |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------|----------|
|  |              | <b>F5</b><br><b>FORMATO ESTUDIOS PREVIOS</b> |          |
| Código:                                                                           | Versión: 001 | Fecha:                                       | Página 9 |

expedida por la supervisora del contrato y los respectivos anexos aportados por la contratista (evidencias, avances, informes y constancia de pago de su seguridad social como cotizante independiente del mes inmediatamente anterior al cobro). LA E.S.E deducirá de dichos pagos los impuestos de Ley a que hubiere lugar.

### 5. IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

El valor del presente contrato, se imputará al rubro 2.1.2.02.02.008.003, Concepto: Servicios de consultoría, soportado en el certificado de disponibilidad presupuestal N.º 149 del 14 de abril de 2026

### 6. VIGILANCIA Y SUPERVISIÓN

Estará a cargo de Margarita Avendaño Garcia, subdirectora financiera de la E.S.E. BELLO SALUD, o quien haga sus veces, quien supervisará la cabal ejecución del contrato y podrá formular las observaciones que surjan, con el fin de ser analizadas conjuntamente con el ASESOR a efectos de obtener las correcciones o modificaciones a que hubiere lugar.

### 7. MODALIDAD A CONTRATAR.

De acuerdo a lo establecido en el ESTATUTO DE CONTRATACION DE LA E.S.E BELLO SALUD, según acuerdo N° 002 del 27 de abril de 2021, artículo 7 y el acuerdo 007 de 2024 artículo 23.1, se establece:

#### **ARTICULO 7º COMPETENCIA PARA DIRIGIR EL PROCESO DE SELECCIÓN Y PARA CELEBRAR CONTRATOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO BELLO SALUD DEL MUNICIPIO DE BELLO**

*El Gerente de la ESE BELLO SALUD como Representante Legal, en ejercicio de las atribuciones establecidas por la junta directiva, podrá comprometer a la entidad mediante la celebración de contratos, convenios u otros acuerdos de carácter bilateral para garantizar el funcionamiento de la entidad.*

*La competencia para celebrar los contratos, ordenar y dirigir la celebración de procesos de selección y para escoger contratistas será del Gerente de la Empresa Social del Estado BELLOSALUD del Municipio de Bello (Antioquia).*

**Acuerdo 007 de 2024 establece:**

**ARTÍCULO SÉPTIMO:** *Se modifica el artículo 23.1 CONTRATACIÓN DIRECTA, estableciendo que, en aquellos casos en que los contratos tengan una cuantía igual o inferior a quinientos (500) salarios mínimos mensuales legales vigentes (S.M.M.L.V.), se podrá recurrir a la*





Código:

Versión: 001

Fecha:

Página 10

contratación directa. El resto del contenido del artículo permanecerá sin modificación, manteniendo su aplicabilidad según las disposiciones vigentes.

**Resolución 181 de 2021: artículo 24: DE LOS CONTRATOS EN GENERAL Y SU CLASIFICACION.** Para el cumplimiento de su función, La Empresa, con sujeción a lo dispuesto en el presente Manual, podrá celebrar todos los contratos que requiera, siempre que la declaración de voluntad del Gerente en su condición de Representante Legal, recaiga sobre objeto lícito y se tenga causa lícita: no obstante, en éste manual se definirán los de más frecuente celebración para satisfacer las necesidades de la ESE.

**24.1 Contratos de Prestación de Servicios profesionales y de apoyo a la gestión y de trabajos artísticos** que solamente puedan encomendarse a determinadas personas naturales.

Los servicios profesionales y de apoyo a la gestión corresponden a aquellos de naturaleza intelectual diferentes a los de consultoría que se derivan del cumplimiento de las funciones de la Entidad Estatal, así como los relacionados con Actividades operativas, logísticas, o asistenciales.

Estos podrán celebrarse con personas naturales o jurídicas, que estén en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, siempre y cuando la Entidad Estatal verifique la idoneidad o/y experiencia requerida y relacionada con el área de que se trate. En este caso, no es necesario que la Entidad Estatal haya obtenido previamente varias ofertas.

Para la contratación de trabajos artísticos que solamente puedan encomendarse a determinadas personas naturales, se debe justificar esta situación en los estudios y documentos previos.

## 9. ANALISIS DEL RIESGO, GARANTIAS EXIGIDAS Y SUS CONDICIONES

| Riesgos.   | Tipificación                                          | Estimación   |          |                             | Asignado |     |
|------------|-------------------------------------------------------|--------------|----------|-----------------------------|----------|-----|
|            |                                                       | Cualitativa  |          | Cuantitativa                | Contra   | ESE |
|            |                                                       | Probabilidad | Impacto  |                             |          |     |
| Económicos | Por la variación de precios de insumos o servicios.   | Probable     | Moderado | 25%: del valor del contrato | 100%     |     |
|            | Por el desabastecimiento de personal o de implementos | Posible      | moderado | 25% del valor del contrato  | 100%     |     |

|                                                                                   |              |                                              |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------|-----------|
|  |              | <b>F5</b><br><b>FORMATO ESTUDIOS PREVIOS</b> |           |
| Código:                                                                           | Versión: 001 | Fecha:                                       | Página 11 |

|                       |                                                                                                                 |         |          |                             |      |     |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|-----------------------------|------|-----|
| Sociales y políticos  | Paros                                                                                                           | Posible | Moderado | 10% del valor               | 100% |     |
|                       | Huelgas.                                                                                                        | Posible | Menor.   | 3%.del valor del            | 100% |     |
|                       | Actos terroristas                                                                                               | Posible | Menor    | 3% del valor del contrato   | 100% |     |
| Operacional           | El monto de la inversión<br>No sea<br>El previsto para                                                          | Posible | mayor    | 30%, del valor del contrato | 50%  | 50% |
| Financieros           | Dificultad en la consecución de los Recursos financieros para Lograr el objetivo del contrato                   | Posible | Mayor    | 20% del valor contrato      | 100% |     |
|                       | Términos financieros<br>Financieros ósea plazos, tasas de interés, garantías, contragarantías, refinanciaciones | Posible | Moderado | 5% del valor del consumo    | 100% |     |
| Riesgos. Regulatorios | Expedición de nueva norma de carácter técnico o de calidad                                                      | Posible | Moderado | 20% del valor del contrato  | 50.% | 50% |

**GARANTÍA ÚNICA:** Se exige de la constitución de Garantías, de acuerdo a lo establecido. en el ESTATUTO DE CONTRATACIÓN DE LA E.S.E BELLOSALUD, según et acuerdo No 002 del 27 de abril del 2021, Artículo 2:7 que establece:

**ARTICULO 27"- CONSTITUCIÓN DE GARANTÍAS** En los contratos que celebre la Empresa Social del Estado BELLOSALUD del Municipio de Bello (Antioquia), y dependiendo



Código:

Versión: 001

Fecha:

Página 12

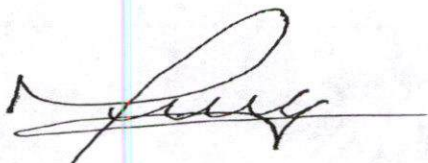
de objeto; la cuantía y los riesgos, será discrecional del Gerente exigir la constitución de garantías. Para el contrato que se pretende celebrar, no se exige a la contratista la constitución de pólizas; teniendo en cuenta el precio del contrato y el plazo asignado para este.

### 8. REQUISITOS MINIMOS

El contratista que ejecutará el presente. contrato deberá aportar como requisitos mínimos para la contratación los siguientes documentos:

- Fotocopia Documento de. Identidad.
- Registro Único Tributario (R.U.T.)
- Certificado del Boletín de-Responsabilidad fiscal (Contraloría)
- Antecedentes disciplinarios (Procuraduría),
- Antecedentes judiciales (Policía Nacional)
- Certificado de medidas correctivas expedido por la policía nacional de. Colombia: (se descarga del web <https://srvpsi.policia.gov.co/PSC/ftm?con:cqnsulta.aspx>)
- Certificación. de la seguridad social vigente
- Certificación bancaria.
- Certificación Dé experiencia profesional que sume mínimamente un año.
- Hoja de vida del SIGEP
- Los demás que se requieran para la legalización del contrato.

**Expedido a los 14 días del mes de abril del año 2026**



**MARGARITA MARIA AVENDAÑO GARCIA**

Subdirectora financiera

|                                                                                                                                                   |                                                                     |             |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------|
| <br><b>ESE BelloSalud</b><br>Juntos construimos vidas saludables | <b>F6</b><br><b>FORMATO REFERENCIA APROBACIÓN COMITÉ DE COMPRAS</b> |             |                          |
|                                                                                                                                                   | Código: G-PC                                                        | Versión: 03 | Fecha: Diciembre de 2016 |

VIGILADO Supersalud  
 Unidad Administrativa Especial de Vigilancia  
 Unidad de Vigilancia y Control de la Calidad

|                          |                                                  |                                            |
|--------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Fecha:</b> 25/03/2026 | <b>Proceso usuario:</b> Servicios de consultoría | <b>Subgerencia:</b> Subdirector financiero |
|--------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|

**Objeto.** Prestar los servicios profesionales y de apoyo a la gestión para asesorar en la elaboración y actualización de la formulación del programa de saneamiento fiscal y financiero v8.1 de la E.S.E. Hospital Bello Salud."

| Comité de compras en el que se aprueba: comité Nro. 04                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------|
| Aprobación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ok           |                     |
| Número de acta en la que se aprueba                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Acta nro. 04 | 25 de marzo de 2026 |
| <b>Observaciones:</b> Aprobada la contratación para continuar con la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión por las nuevas recomendaciones del Ministerio de Hacienda y Credito Publico en cumplimiento de los parámetros establecidos en la guía metodológica y lineamientos de presentación del PSFF |              |                     |

Firma,

*Handwritten signature: AC C AC-1*

**CATALINA ALVAREZ ARANGO**  
 Jefe Oficina Jurídica  
 SECRETARIA TÉCNICA  
 COMITÉ COMPRAS Y CONTRATACIÓN

|                               |                           |                          |
|-------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Elaboró: Equipo Jurídico / GD | Revisó: Equipo de Calidad | Aprobó: Gerencia         |
| Fecha: Diciembre de 2016      | Fecha: Diciembre de 2016  | Fecha: Diciembre de 2016 |



**F19**  
**MINUTA DE ADICIÓN Y PRORROGA AL CONTRATO Nro. 05 de 2026**

Código: G-PC-F21

Versión: 03

Fecha: Diciembre de 2016

Página: 1 de 2

VIGILADO Supersalud  
Línea de Atención al Ciudadano: 01-800-012345

| DATOS DEL CONTRATO |                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TIPO DE CONTRATO   | PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                |
| CONTRATO N°        | 05-2026                                                                                                                                                                                                                |
| CONTRATANTE        | ESE BELLO SALUD                                                                                                                                                                                                        |
| NIT. N°            | 800.174.995-1                                                                                                                                                                                                          |
| CONTRATISTA        | DANIEL HUMBERTO ALVAREZ CADAVID                                                                                                                                                                                        |
| CC N°              | 71.718.145                                                                                                                                                                                                             |
| OBJETO             | Prestar los servicios profesionales y de apoyo a la gestión para asesorar en la elaboración y actualización de la formulación del programa de saneamiento fiscal y financiero v8.1 de la E.S.E. Hospital Bello Salud." |
| FECHA DE INICIO    | 01 de enero de 2026                                                                                                                                                                                                    |
| PLAZO INICIAL      | cuatro meses (4) del año 2026, el cual iniciará el 01 de enero hasta el 30 de abril de 2026                                                                                                                            |
| VALOR INICIAL      | \$ 44.142.000 (Cuarenta y cuatro millones ciento cuarenta y dos mil pesos)                                                                                                                                             |
| ADICION 1:         | \$ 44.142.000 (Cuarenta y cuatro millones ciento cuarenta y dos mil pesos)                                                                                                                                             |
| PRORROGA           | Cuatro Meses (4) del año 2026, el cual iniciará el 01 de mayo hasta el 30 de agosto 2026.                                                                                                                              |
| CDP N°             | 194 del 14 de abril de 2026                                                                                                                                                                                            |
| RG                 | 1213 - De abril de 2026                                                                                                                                                                                                |

**CESAR AUGUSTO ARANGO SERNA**, identificado con cédula de ciudadanía N° 71,672.305 quien obra en nombre y representación de la **E.S.E BELLO SALUD**, con Nit 800174995-1, en calidad de Gerente nombrado mediante decreto 20240312111254123223128 del 12 de marzo de 2024, emitido por la alcaldía Municipal de Bello y quien se encuentra plenamente facultado para contratar, en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, de una parte y de otra **DANIEL HUMBERTO ALVAREZ CADAVID** identificado con cedula de ciudadanía número 71.718.145 y para los efectos jurídicos de la presente adición se denominara **EL CONTRATISTA**, se ha acordado celebrar la presente adición al contrato Nro. 061 de 2025, el cual se registrá por las siguientes clausulas:

**CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO:** Adicionar y Prorrogar el presente contrato, cuyo objeto es Prestar los servicios profesionales y de apoyo a la gestión para asesorar en la elaboración y actualización de la formulación del programa de saneamiento fiscal y financiero v8.1 de la E.S.E. Hospital Bello Salud."

**CLÁUSULA SEGUNDA. VALOR Y FORMA DE PAGO ADICIONADA:** El de la presente adición se estima en la suma \$ 44.142.000 (Cuarenta y cuatro millones ciento cuarenta y dos mil pesos), los pagos mensuales, Cada factura debe ir acompañada de la certificación expedida por la supervisora del contrato y los respectivos anexos aportados por la contratista (evidencias,

|                               |                           |                          |
|-------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Elaboró: Equipo Jurídico / GD | Revisó: Equipo de Calidad | Aprobó: Gerencia         |
| Fecha: Diciembre de 2016      | Fecha: Diciembre de 2016  | Fecha: Diciembre de 2016 |



Código: G-PC-F21

Versión: 03

Fecha: Diciembre de 2016

Página: 2 de 2

avances, informes y constancia de pago de su seguridad social como cotizante independiente del mes inmediatamente anterior al cobro). LA E.S.E deducirá de dichos pagos los impuestos de Ley a que hubiere lugar.

**CLÁUSULA TERCERA. APROPIACIÓN PRESUPUESTAL:** los pagos que deba efectuar la ESE Bellosalud en razón de la presente adición, El valor del presente contrato, se imputará al rubro 2.1.2.02.02.008.003, Concepto: Servicios de consultoría, soportado en el certificado de disponibilidad presupuestal 194 del 14 de abril de 2026.

**CLAUSULA CUARTA. PLAZO A PRORROGAR:** El plazo de ejecución del contrato será de Cuatro Meses (4) del año 2026, el cual iniciará el 01 de mayo hasta el 30 de agosto 2026.

**QUINTA. VIGILANCIA Y SUPERVISIÓN DEL CONTRATO:** Estará a cargo de Margarita Avendaño García, subdirectora financiera de la E.S.E. BELLO SALUD, o quien haga sus veces, quien supervisará la cabal ejecución del contrato y podrá formular las observaciones que surjan, con el fin de ser analizadas conjuntamente con el ASESOR a efectos de obtener las correcciones o modificaciones a que hubiere lugar.

**CLAUSULA SÉPTIMA. DOCUMENTOS DE LA PRESENTE ADICIÓN:** forman parte integrante de la presente adición los siguientes documentos: **a)** Solicitud de adición del supervisor del contrato **b)** Justificación de la adición del proceso **c)** Compromiso Presupuestal.

**CLAUSULA OCTAVA:** En todas las demás clausulas se conservará lo acordado en el contrato inicial.

De conformidad con lo que antecede, en ejercicio de las facultades que son titulares cada uno de los firmantes, se suscribe la presente adición el                      abril de 2026                      /

**CESAR AUGUSTO ARANGO SERNA**  
GERENTE  
ESE Bello Salud  
Contratante.

**DANIEL ALVÁREZ CADAVID**  
Contratista

|                               |                           |                          |
|-------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Elaboró: Equipo Jurídico / GD | Revisó: Equipo de Calidad | Aprobó: Gerencia         |
| Fecha: Diciembre de 2016      | Fecha: Diciembre de 2016  | Fecha: Diciembre de 2016 |

**COMPROMISO PPTAL CONTRATO N°: RPC 1213**

**Fecha de Expedición: Abr.30/2026**

El Técnico administrativa en cumplimiento de las normas presupuestales que rigen la Empresa Industrial y Comercial del Estado y en especial el Decreto Nacional 115 de enero 15 de 1996.

**CERTIFICA**

Que en la apropiación presupuestal del:

| <b>RUBRO<br/>PRESUPUESTAL</b> | <b>DESCRIPCION</b>       | <b>TERCERO</b>                              | <b>VALOR</b>  |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|---------------|
| 2.1.2.02.02.008.003           | SERVICIOS DE CONSULTORIA | 71718145 DANIEL HUMBERTO<br>ALVAREZ CADAVID | 44,142,000.00 |

**Valor Total: 44,142,000.00**

**OBJETO:** ADICION AL CONTRATO 005 DE 2026 PARA EL APOYO PROFESIONAL PARA LA ASESORIA Y ELABORACION DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO DE LA ESE BELLOSALUD

**Area Gestora:**

**Elaborado Por:** 40780699

Bello 13 de abril de 2026

Doctora  
Margarita María Avendaño  
Subdirectora Financiera  
Supervisora CPS005-2026  
ESE Hospital Bello Salud  
Bello (Ant.)

**Asunto:** solicitud de adición y prórroga para OTROSÍ al CPS - 005-2026 PSFFV8.1

Reciba un cordial respetuoso saludo;

Informo que el contrato por prestación de servicios N°005 de 2026 que está bajo su supervisión está próximo a vencerse y de manera gentil y respetuosa solicito adicionar y prorrogar el contrato por el mismo tiempo y valor para lo que se hace necesario solicitar al área encargada los trámites y documentos necesarios para elaborar un OTROSÍ y ser firmado entre las partes antes del vencimiento del contrato. Para lo cual expongo la necesidad así:

La ESE radicó el PSFFV.8.1 (2025-2029), con corte de la información a 30 de junio de 2025 ante el Departamento de Antioquia y ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por las nuevas recomendación del Ministerio de Hacienda y crédito Público en cumplimiento de los parámetros establecidos en la guía metodológica y Lineamientos de presentación del PSFF, se hace necesario actualizar la propuesta del PSFF de pasivos de y de cartera con corte a 31 de diciembre de 2025 o más reciente cargado a las plataformas del SIHO y CGN. Para la cual se requiere adicionar los recursos por el mismo valor y tiempo en las mismas condiciones pactadas en el contrato con cambio a las siguientes actividades

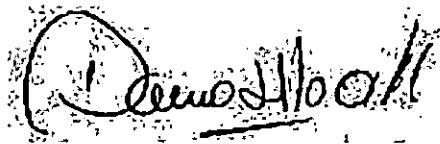
- Elaboración y formulación en la Herramienta V8.1 dispuesta para el PSFF, por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público o la versión que este disponga en la plataforma para tal fin.
- Realizar acompañamiento en los análisis integrales encaminados a ajustar el diseño de medidas para la situación actual de la ESE
- Proyectar los ingresos por ventas de servicios de salud para el periodo 2026-2030
- Realizar acompañamiento en la proyección de producción cuadro 32
- Realizar acompañamiento en análisis de los gastos cuadros 12 y 34
- Coordinar y realizar todas las actividades que sean necesarias con el equipo de la ESE para actualizar la formulación del PSFF de manera oportuna.
- Solicitar de manera oportuna toda la información al personal de la ESE que sea necesaria para la actualización de la formulación del PSFF.
- Dar respuesta a las observaciones generadas por el Departamento de Antioquia y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en la etapa de formulación del programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de la ESE con corte a 31 de diciembre de 2025 con la herramienta Elabora V8.1
- Realizar las recomendaciones y observaciones realizadas por Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento de Antioquia para dar cumplimiento a la nueva actualización de las herramientas del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de la ESE Hospital Bello Salud.



- Entrega de todos los documentos en Word o PDF y las herramientas pertinentes a la ESE Hospital Bello Salud relacionados en las actividades del objeto contractual y demás que se hayan desarrollado con finalidad institucional, una vez se
- Atender las indicaciones, observaciones y recomendaciones que haga la ESE, por medio de sus representantes.
- Presentar los informes, la documentación y la información que requiera la ESE o cualquier particular en ejercicio del derecho de petición, de manera oportuna, veraz, completa y precisa, que se genere del contrato ocasión del mismo.
- Dar aviso oportuno a la ESE sobre cualquier inconveniente que pueda presentarse e impida la ejecución oportuna del objeto que se contrata.
- Guardar la debida confidencialidad respecto de la documentación y trámites realizados en cumplimiento del objeto del contrato, entendida por tal, no solo hacer pública dicha información sino además su adecuada manipulación.
- Guardar total reserva de la información que por razón del servicio y desarrollo de sus actividades obtenga. Esta es propiedad de la E.S.E. Hospital Bello Salud y sólo salvo expreso requerimiento de autoridad competente podrá ser divulgado

Cualquier información adicional con gusto la atenderé

Atentamente;

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Daniel Álvarez Cadavid', with a large, stylized initial 'D'.

Daniel Álvarez Cadavid  
3148332100  
daniel8145@gmail.com

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                 |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA            | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 71718145                    |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | DANIEL HUMBERTO ALVAREZ CADAVID |                                                       |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | MEDELLIN DEPARTAMENTO:          | ANTIOQUIA                                             |
| DIRECCIÓN:                                                                | CAR 69 #46B-43                  | TÉLEFONO: 2609344                                     |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE                | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE                      |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                         | ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de servicio de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                           |                                                       |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                                 | NO                                                    |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                                    |
|--------------------------------|------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 6011724302 | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN:            | MES: marzo | PERIODO COTIZACIÓN: MES: marzo     |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2026  | SALUD: AÑO: 2026                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 0          |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2026/04/07 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 204015664     |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| LIQUIDACIÓN GENERAL          |        |                        |  |  | TOTALES    |              |
|------------------------------|--------|------------------------|--|--|------------|--------------|
|                              |        |                        |  |  | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| <b>PENSIÓN</b>               |        |                        |  |  |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |                        |  |  |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                 |  |  |            |              |
| 9003360047                   | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES     |  |  | 1          | \$ 706.300   |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                        |  |  | 1          | \$ 706.300   |
| <b>SALUD</b>                 |        |                        |  |  |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |                        |  |  |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                 |  |  |            |              |
| 8002514406                   | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A     |  |  | 1          | \$ 551.800   |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                        |  |  | 1          | \$ 551.800   |
| <b>CAJA DE COMPENSACIÓN</b>  |        |                        |  |  |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |                        |  |  |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                 |  |  |            |              |
| 8909008419                   | CCF04  | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA |  |  | 1          | \$ 26.500    |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                        |  |  | 1          | \$ 26.500    |
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |        |                        |  |  |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |                        |  |  |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                 |  |  |            |              |
| 8002261753                   | 14-25  | 14-25-COLMENA          |  |  | 1          | \$ 107.600   |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                        |  |  | 1          | \$ 107.600   |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 1.392.200</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 0</b>         |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 1.392.200</b> |

DIAN

## Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0.2 Actualización

4. Número de formulario

141002996505



(415)7707212489984(8020) 0000141002996505

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional  
Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico

7 1 7 1 8 1 4 5 0

## IDENTIFICACIÓN

|                                                                 |                                 |                                               |                               |                                                 |                                         |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 24. Tipo de contribuyente<br>Persona natural o sucesión líquida | 2                               | 25. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadanía | 1 3                           | 26. Número de identificación<br>7 1 7 1 8 1 4 5 | 27. Fecha expedición<br>1 9 8 9 0 2 2 0 |
| Lugar de expedición<br>COLOMBIA                                 | 28. País<br>1 6 9               | 29. Departamento<br>Antioquia                 | 0 5                           | 30. Ciudad/Municipio<br>Medellín                | 0 0 1                                   |
| 31. Primer apellido<br>ALVAREZ                                  | 32. Segundo apellido<br>CADAVID | 33. Primer nombre<br>DANIEL                   | 34. Otros nombres<br>HUMBERTO |                                                 |                                         |
| 35. Razón social                                                |                                 |                                               |                               |                                                 |                                         |
| 35. Nombre comercial                                            |                                 |                                               |                               |                                                 |                                         |
| 37. Oficina                                                     |                                 |                                               |                               |                                                 |                                         |

## UBICACIÓN

|                      |                               |                                  |
|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 38. País<br>COLOMBIA | 39. Departamento<br>Antioquia | 40. Ciudad/Municipio<br>Medellín |
|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|

41. Dirección principal  
CR 69 CL 46 B 43 BRR FLORIDA NUEVA42. Correo electrónico  
daniel8145@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 4 8 3 3 2 1 0 0

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica |                            |                      |                            | Ocupación         |            | 52. Número establecimientos |
|---------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------|------------|-----------------------------|
| Actividad principal |                            | Actividad secundaria |                            | Otras actividades |            |                             |
| 46. Código          | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código           | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código        | 51. Código |                             |
| 8 2 9 9             | 2 0 1 4 0 3 1 5            | 0 0 1 0              | 2 0 0 8 0 1 0 1            | 1                 | 2          |                             |
|                     |                            |                      |                            |                   | 3 4 1 4    |                             |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 53. Código | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 4 9        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

|            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 54. Código | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
|            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|            | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

## Exportadores

|           |          |          |   |   |   |
|-----------|----------|----------|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|           |          | 57. Modo |   |   |   |
|           |          | 58. CPC  |   |   |   |

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☒ NO ☐

60. No. de Folios: 1

61. Fecha 2024 - 04 - 09 / 10 : 52 : 30

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 16.1.2.8 del Decreto 1625 del 2010. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice,  
Firma autorizada:

684. Nombre ARENAS VELASQUEZ ELIZABETH  
685. Cargo Gestor III



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 71.718.145

ALVAREZ CADAVID

APELLIDOS

DANIEL HUMBERTO

NOMBRES

*[Handwritten signature]*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-1970  
PUERTO BERRIO  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

A+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

20-FEB-1989 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Handwritten signature]*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0100150-00184864-M-0071718145-20091010

0017031726A 1

2040049900

Bogotá D.C., 13 de abril de 2026

Señores  
**A QUIEN PUEDA INTERESAR**  
 Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente DANIEL HUMBERTO ALVAREZ CADAVID identificado con CC N° 71718145, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde 24-10-2006 a través del (los) producto (s):

| Producto          | Nro Producto | Estado | Fecha Apertura |
|-------------------|--------------|--------|----------------|
| Cuenta De Ahorros | 012701200    | Activo | 27/11/2017     |

La (s) cuenta (s) corriente (s) o de ahorros que se incluyen en este certificado, pertenece (n) al código 06 para transferencias ACH.

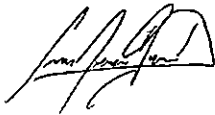
La expedición del presente documento no acredita como exonerado al cliente por las obligaciones respaldadas a título de codeudor, avalista, garante y/o a favor de un tercero. Si existen obligaciones pendientes con avalistas o garantes de su obligación, esta certificación no se extiende a dichas operaciones, las cuales estarán facultadas a cobrar las sumas que hubieran cancelado a Itaú.

En caso de error y/o inconsistencia en cualquier liquidación de las obligaciones expresamente mencionadas en este documento, se podrán hacer las correcciones a las que haya lugar en los términos del artículo 880 del Código de Comercio, con el propósito de obtener su rectificación.

Las anteriores sumas de dinero corresponden a saldos a la fecha, no incluyen otros gastos, costos, honorarios que se causen con ocasión de la cobranza extrajudicial o judicial adelantada y se modifican diariamente de conformidad con la causación de intereses. Todo prepago o mora podrá dar lugar a la modificación del valor contenido en el presente documento.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 13 días del mes de abril de 2026.

Cordialmente,



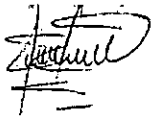
Gerencia de Servicio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DANIEL HUMBERTO ALVAREZ CADAVID** identificado/a con documento de identidad Cédula de Ciudadanía número **71718145**, se encuentra afiliado/a desde **01/03/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de abril de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya  
Dirección de Afiliaciones

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA





### CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS,

#### CERTIFICA

Que Daniel Humberto Alvarez Cadavid, identificado(a) con CC número 71718145, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

|                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN       | CC 71718145                           |
| NOMBRES Y APELLIDOS                   | Daniel Humberto Alvarez Cadavid       |
| TIPO DE AFILIADO                      | Titular                               |
| PARENTESCO                            | Titular                               |
| FECHA DE NACIMIENTO                   | 10/05/1970                            |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN               | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral  |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN            | 10 - Cobertura Integral               |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS        | 01/09/2019                            |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a)                             |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS      | 60 semanas                            |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS         | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO       | 43 semanas                            |
| RÉGIMEN                               | Contributivo                          |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN        | 01/09/2019                            |
| NIVEL SISBEN                          | No aplica                             |
| EMPLEADOR(ES)*                        |                                       |

CEDULA DE CIUDADANIA 71718145 DANIEL HUMBERTO  
ALVAREZ CADAVID Desde 01/07/2025 - Vigente CEDULA DE  
CIUDADANIA 71718145 DANIEL HUMBERTO ALVAREZ CADAVID  
Desde 01/12/2024 Hasta 30/06/2025

Generado por interfaces

13/04/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRABAJOS.



## Portal de Servicios al Ciudadano PSC

## Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 13/04/2026 06:59:12 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **71718145** y Nombre: **DANIEL HUMBERTO ALVAREZ CADAVID.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **138151950** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda Imprimir

|                                                                                                        |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 515 9000                                                                                               |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |
|  <b>Dios y Patria</b> | <b>Policia Nacional de Colombia</b><br>Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21<br>Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.<br>Línea de atención: 018000-910112 |  <b>COLOMBIA</b><br>POTENCIA DE LA<br><b>VIDA</b> |
|                                                                                                        |                                                                                                                                                                      |  <b>GOV.CO</b>                                    |

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

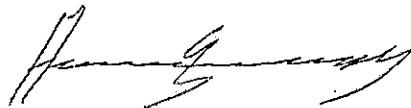
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 13 de abril de 2026, a las 18:50:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación     | 71718145             |
| Código de Verificación | 71718145260413185035 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado





POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

[INICIO](#)[CONTÁCTENOS](#)[PREGUNTAS FRECUENTES](#)

### Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:57:29 PM horas del 13/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **71718145**

Apellidos y Nombres: **ALVAREZ CADAVID DANIEL HUMBERTO**

#### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado #  
75 – 25 barrio Modelia,  
Bogotá D.C.

Atención administrativa:  
Lunes a Viernes 8:00 am a  
12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm

Línea de atención al  
ciudadano: 5159700 ext.  
30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910  
112

E-mail: [dijin.araic-  
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia de  
la República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único de  
Contratación

 GOV.CO

Todos los derechos reservados.



Bogotá DC, 13 de abril del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DANIEL HUMBERTO ALVAREZ CADAVID identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 71718145:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web:  
<https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Mario Enrique Castro González  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.





**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC**

**CERTIFICA QUE**

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 71718146 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 13/04/2026 06:56 PM



Código Verificación: **V8YJLUA5W**

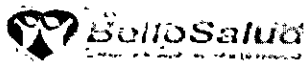
Válida hasta: **12/07/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC**





## FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL SARLAFT

Código PD 07-10 01  
Versión 1  
Fecha Actualización: abril 2013Código PD 07-10 01  
Versión 1  
Fecha Actualización: abril 2013

En el evento en que el titular o el ente no cuente con la información solicitada en esta formulario, deberá consignar dicha circunstancia en el espacio correspondiente

CLASE DE VIOLACIÓN: FUNDADOR O FUNDADORA ☐ CONTRAESTRUCTURA ☒ PROVEEDOR ☐ MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA ☐

## 1. PERSONA NATURAL

|                                                                                                                                                                                                                                 |            |                  |           |             |                 |                     |             |             |         |                     |     |       |                                    |      |       |        |           |          |     |                         |        |          |          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|-----------|-------------|-----------------|---------------------|-------------|-------------|---------|---------------------|-----|-------|------------------------------------|------|-------|--------|-----------|----------|-----|-------------------------|--------|----------|----------|--------------------|
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                 | alvarez    | SEGUNDO APELLIDO | Cadavid   | NOMBRES     | Daniel Humberto |                     |             |             |         |                     |     |       |                                    |      |       |        |           |          |     |                         |        |          |          |                    |
| CC                                                                                                                                                                                                                              | CE         | TI               | RC        | OTRO        | N° 21718145     | FECHA DE EXPEDICIÓN | 20          | MES         | 10      | AÑO                 | 87  | LUGAR | FECHA NACIMIENTO                   | 10   | MES   | 87     | AÑO       | 20       |     |                         |        |          |          |                    |
| NACIONALIDAD                                                                                                                                                                                                                    | Colombiana | Ocupación/Oficio | PROFESION | DEPENDIENTE | ASALARIADO      | ESTUDIANTE          | ANA DE CASA | Contratista | PENSADO | ACTIVIDAD ECONOMICA | CHU | 8299  | NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA | AREA | CARGO | CIUDAD | DIRECCION | TELEFONO | FAX | DIRECCION DE RESIDENCIA | CIUDAD | TELEFONO | CÉLLULAR | CORREO ELECTRONICO |
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |            |                  |           |             |                 |                     |             |             |         |                     |     |       |                                    |      |       |        |           |          |     |                         |        |          |          |                    |
| POR SU ACTIVIDAD U OFICIO GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                  |            |                  |           |             |                 |                     |             |             |         |                     |     |       |                                    |      |       |        |           |          |     |                         |        |          |          |                    |
| SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:                                                                                                                                                      |            |                  |           |             |                 |                     |             |             |         |                     |     |       |                                    |      |       |        |           |          |     |                         |        |          |          |                    |

|                    |           |                         |           |
|--------------------|-----------|-------------------------|-----------|
| INGRESOS MENSUALES | 6.000.000 | ACTIVOS \$              | 2.000.000 |
| EGRESOS MENSUALES  | 6.000.000 | PASIVOS \$              | 2.000.000 |
| OTROS INGRESOS     | -0-       | CONCEPTO OTROS INGRESOS | -0-       |

## 2. PERSONA JURIDICA

|                                                                                                                                     |                  |                     |          |                     |                          |                     |            |              |          |       |                       |      |      |        |          |     |    |    |    |      |    |                     |       |        |          |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------|----------|---------------------|--------------------------|---------------------|------------|--------------|----------|-------|-----------------------|------|------|--------|----------|-----|----|----|----|------|----|---------------------|-------|--------|----------|-----|
| RAZON O DENOMINACION SOCIAL                                                                                                         | INSTRUMENTO      | FECHA DE EXPEDICION | LUGAR    | CIUDAD              | TELEFONO                 | FAX                 |            |              |          |       |                       |      |      |        |          |     |    |    |    |      |    |                     |       |        |          |     |
| REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO                                                                                                | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES             | CIUDAD   | TELEFONO            | FAX                      | CIUDAD              | TELEFONO   | FAX          |          |       |                       |      |      |        |          |     |    |    |    |      |    |                     |       |        |          |     |
| CC                                                                                                                                  | CE               | TI                  | RC       | OTRO                | N°                       | FECHA DE EXPEDICION | LUGAR      | CIUDAD       | TELEFONO | FAX   |                       |      |      |        |          |     |    |    |    |      |    |                     |       |        |          |     |
| DATOS OFICINA PRINCIPAL                                                                                                             | DIRECCION        | CIUDAD              | TELEFONO | FAX                 | DATOS SUCURSAL O AGENCIA | DIRECCION           | CIUDAD     | TELEFONO     | FAX      |       |                       |      |      |        |          |     |    |    |    |      |    |                     |       |        |          |     |
| TIPO DE EMPRESA                                                                                                                     | PUBLICA          | PRIVADA             | MIXTA    | ACTIVIDAD ECONOMICA | INDUSTRIAL               | COMERCIO            | TRANSPORTE | CONSTRUCCION | AGRICOLA | CIVIL | SERVICIOS FINANCIEROS | OTRA | CUPI | CIUDAD | TELEFONO | FAX |    |    |    |      |    |                     |       |        |          |     |
| IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O SOCIOS QUE TENGAN UN PORCENTAJE MAYOR O IGUAL AL 10% DEL CAPITAL SOCIAL APOORTE O PARTICIPACION |                  |                     |          |                     |                          |                     |            |              |          |       |                       |      |      |        |          |     |    |    |    |      |    |                     |       |        |          |     |
| EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE AMPLIARSE LA FOLIA ADICIONAL                                                                   |                  |                     |          |                     |                          |                     |            |              |          |       |                       |      |      |        |          |     |    |    |    |      |    |                     |       |        |          |     |
| RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO                                                                                                      |                  |                     |          |                     |                          |                     |            |              |          |       |                       |      |      |        |          |     |    |    |    |      |    |                     |       |        |          |     |
| TIPO IDENTIFICACION                                                                                                                 |                  |                     |          |                     |                          |                     |            |              |          |       |                       |      |      |        |          |     |    |    |    |      |    |                     |       |        |          |     |
| NUMERO                                                                                                                              |                  |                     |          |                     |                          |                     |            |              |          |       |                       |      |      |        |          |     |    |    |    |      |    |                     |       |        |          |     |
| CC                                                                                                                                  |                  |                     |          |                     |                          |                     |            |              |          |       |                       |      |      |        |          |     | CE | TI | RC | OTRO | N° | FECHA DE EXPEDICION | LUGAR | CIUDAD | TELEFONO | FAX |
| CC                                                                                                                                  |                  |                     |          |                     |                          |                     |            |              |          |       |                       |      |      |        |          |     | CE | TI | RC | OTRO | N° | FECHA DE EXPEDICION | LUGAR | CIUDAD | TELEFONO | FAX |
| CC                                                                                                                                  |                  |                     |          |                     |                          |                     |            |              |          |       |                       |      |      |        |          |     | CE | TI | RC | OTRO | N° | FECHA DE EXPEDICION | LUGAR | CIUDAD | TELEFONO | FAX |
| CC                                                                                                                                  |                  |                     |          |                     |                          |                     |            |              |          |       |                       |      |      |        |          |     | CE | TI | RC | OTRO | N° | FECHA DE EXPEDICION | LUGAR | CIUDAD | TELEFONO | FAX |
| CC                                                                                                                                  |                  |                     |          |                     |                          |                     |            |              |          |       |                       |      |      |        |          |     | CE | TI | RC | OTRO | N° | FECHA DE EXPEDICION | LUGAR | CIUDAD | TELEFONO | FAX |

|                    |  |                         |  |
|--------------------|--|-------------------------|--|
| INGRESOS MENSUALES |  | ACTIVOS \$              |  |
| EGRESOS MENSUALES  |  | PASIVOS \$              |  |
| OTROS INGRESOS     |  | CONCEPTO OTROS INGRESOS |  |

## 3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

|                                            |                                                         |                                                                                                                                                            |       |        |      |        |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|------|--------|
| REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> |       |        |      |        |
| PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR       | OTRA <input type="checkbox"/>                           | INDIQUE CUAL <input type="checkbox"/>                                                                                                                      |       |        |      |        |
| TIPO DE PRODUCTO                           | IDENTIFICACION O NUMERO DEL PRODUCTO                    | ENTIDAD                                                                                                                                                    | MONTO | CIUDAD | PAIS | MONEDA |
|                                            |                                                         |                                                                                                                                                            |       |        |      |        |
|                                            |                                                         |                                                                                                                                                            |       |        |      |        |

## 4. PERSONAS PEP's

CONTESTE POR FAVOR SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

|                                                                                    |                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Por su cargo maneja recursos públicos?                                            | ¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? |
| ¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?          | ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?               |
| ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? |                                                                              |

## 5. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACION CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): *Confidencial*
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código penal colombiano.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y no obligo a actualizarla o sufragarla.
4. Autorizo a las entidades aseguradoras, sociedades de captación e intermediarias de seguros, para que con los fines estadísticos y de información entre compañías y entre éstas y las autoridades competentes, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra autoridad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato el cual el Tomador y/o Asegurado declara conocer y aceptar en todas sus partes.
- Clausula para Apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

HUELLA

8. INFORMACION ENTREVISTA

|                                             |                                                                      |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| LUGAR DE LA ENTREVISTA                      |                                                                      |
| FECHA DE LA ENTREVISTA                      | DIA MES AÑO HORA                                                     |
| RESULTADO                                   | Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIONES                               |                                                                      |
| NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE |                                                                      |
| FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE  |                                                                      |

9. VERIFICACION DE INFORMACION

|                                  |                  |
|----------------------------------|------------------|
| FECHA VERIFICACION               | DIA MES AÑO HORA |
| NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA |                  |
| FIRMA                            |                  |
| OBSERVACIONES                    |                  |