

|                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                       |  |                        |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|-----|
| <br>ALCALDÍA DE<br>SANTIAGO DE CALI<br>GESTIÓN DE HACIENDA PÚBLICA<br>CONTABILIDAD GENERAL | MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN<br>(MIPG)                                                                                                                    |  | MAHP03.03.01.P011.F001 |     |
|                                                                                                                                                                             | <b>DOCUMENTO SOPORTE<br/>         EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A SUJETOS NO<br/>         OBLIGADOS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA O<br/>         DOCUMENTO EQUIVALENTE</b> |  | VERSIÓN                | 004 |

|                                                                                 |                                                                                                                                                      |                                                          |                  |             |       |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------|
| <b>A. DATOS DEL ADQUIRENTE</b>                                                  |                                                                                                                                                      |                                                          |                  |             |       |
| 1. Fecha de la Transacción                                                      | 15/12/2025                                                                                                                                           | 2. Número Consecutivo                                    | DS               | 4145        | HEO-4 |
| 3. Nombre/Razón Social                                                          | DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI                                                                                                                         |                                                          | 4. RUT/NIT       | 890.399.011 | 3     |
| 5. Organismo                                                                    | SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD                                                                                                                        |                                                          | 6. Centro Gestor | 4145        |       |
| 7. Dirección - Organismo                                                        | CALLE 4B # 36 - 00                                                                                                                                   |                                                          | 8. Teléfono      | 5542534     |       |
| <b>B. DATOS DEL PROVEEDOR DE BIENES Y/O SERVICIOS<br/>BENEFICIARIO DEL PAGO</b> |                                                                                                                                                      |                                                          |                  |             |       |
| 9. Apellidos y Nombres Completos del Proveedor Bienes y/o Servicios             | HECTOR ESCOBAR OSORIO                                                                                                                                |                                                          | 10. NIT/C.C.     | 16,598,822  | 2     |
| 11. Dirección                                                                   | CARRERA 2 # 64A - 41                                                                                                                                 |                                                          | 12. Ciudad       | CALI        |       |
| 13. Correo Electrónico                                                          | <a href="mailto:hectoescobar@gmail.com">hectoescobar@gmail.com</a>                                                                                   |                                                          | 14. Teléfono     | 3470835     |       |
| <b>C. INFORMACIÓN DE LA OPERACIÓN</b>                                           |                                                                                                                                                      |                                                          |                  |             |       |
| 15. Concepto de la Operación                                                    | PRESTACION DE SERVICIOS CUOTA - CUARTA                                                                                                               |                                                          |                  |             |       |
| 16. Valor de la Operación                                                       | \$2.184.000                                                                                                                                          | DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE      |                  |             |       |
| <b>D. INFORMACIÓN CONTRACTUAL</b>                                               |                                                                                                                                                      |                                                          |                  |             |       |
| 17. Número Contrato                                                             | 4145.010.26.1.1330-2025                                                                                                                              | 18. CDP                                                  | 3500243885       |             |       |
|                                                                                 |                                                                                                                                                      | 19. RPC                                                  | 4500383507       |             |       |
| 20. Objeto del Contrato                                                         | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL PROCESO SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI |                                                          |                  |             |       |
| 21. Valor del Contrato                                                          | \$8,736,000                                                                                                                                          | OCHO MILLONES SETE-CIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS MCTE |                  |             |       |