INFORME DE SEGUIMIENTO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. CI-112-2026 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS Y LA ESE HOSPITAL SANTA ISABEL PARA GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN NO ASEGURADA – PNA Y POBLACIÓN MIGRANTE NO AFILIADA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS – ANTIOQUIA DURANTE LA VIGENCIA 2026

VIGENCIA 22 DE ENERO DE 2026 A 31 DE DICIEMBRE DE 2026

ABRIL-MAYO DE 2026

INTRODUCCIÓN.

El presente informe es presentado a solicitud del Municipio de San Pedro de los Milagros, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 44 y 47 de la Ley 71 5 de 2001, el artículo 20 de la Ley 344 y el artículo 33 del Decreto 806 de 1998, Decreto 780 de 2016, las cuales imparten los lineamientos para el acceso a los servicios de Salud de la población pobre y vulnerable no cubierta con subsidios a la demanda y en calidad de Profesional Universitario del Municipio de San Pedro de los Milagros.

OBJETIVO GENERAL:

Se trata con el presente, evaluar el desempeño de la ESE HOSPITAL SANTA ISABEL, del Municipio de San Pedro de los Milagros frente a las actividades que deben desempeñar en cumplimiento del contrato firmado por ella con el Municipio.

PROCEDIMIENTO

Se procedió a recopilar, analizar y evaluar la información remitida por la ESE HOSPITAL SANTA ISABEL a la Dirección Local de Salud Municipal.

HALLAZGOS

Se recibe copia del contrato Interadministrativo de prestación de servicios No. CI-112-2026 celebrado entre el Municipio de San Pedro de los Milagros y la ESE HOSPITAL SANTA ISABEL, con fecha 21 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026, Contrato por un valor de $60.000.000,00 (Sesenta Millones de Pesos).

En el desarrollo del procedimiento y para cumplir con los Objetivos específicos planteados se verifican los siguientes aspectos:

Descripción del Contrato y Fuentes de Financiamiento

RECURSO FINANCIACION	CDP	COMPROMISO	FONDO	DEPEND	CÓDIGO	% De Financiación	Valor Inicial
Unidad de Atención Integral para la Equiparación de Oportunidades	63	171	1.2.1.0.00	4	2.3.2.02.02.009	100,00	$60.000.000,00
TOTALES						**100,00**	**$60.000.000,00**

DESARROLLO

1- **Prestación de servicios de salud correspondientes al I nivel de complejidad de acuerdo a lo pactado en la cláusula segunda del contrato**

Se recibe por parte de la ESE Hospital Santa Isabel de San Pedro de los Milagros los soportes que acreditan la prestación de los servicios a través del reporte de los RIPS en los cuales se relaciona: nombre y apellidos del usuario, No. De identificación del usuario, nivel del Sisben, No. De factura, actividad intervención o procedimiento realizado con su respectivo valor, cuota de recuperación y valor subsidiado por el Municipio.

2- **Garantizar la disponibilidad y existencia permanente de los elementos necesarios para prestar a la población objetivo, en forma eficiente y oportuna los servicios ofrecidos en el portafolio.**

La ESE Hospital Santa Isabel de San Pedro de los Milagros viene dando cumplimiento a esta obligación

3- **Reportar a la Secretaría de Salud, en los primeros diez días del mes, los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salid (RIPSP) que se originen de las atenciones de la población objeto del contrato**

Se recibe por parte de la ESE Hospital Santa Isabel de San Pedro de los Milagros la factura y los RIPS en medio magnético correspondientes a las atenciones realizadas durante los meses de abril y mayo de 2026.

4- **Verificar previa a la prestación del servicio en los sistemas de información y bases de datos disponibles (DNP, ADRES, SSS Y PSA, EPSS, EPSC y Listado Censal del Municipio y bases de datos municipal de personas calificadas con capacidad de pago de acuerdo al cruce de información realizada por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales UGPP) los derechos de la población a atender para sí garantizar que la población atendida sea no asegurada**

Se evidencia la verificación de la totalidad de los usuarios puesto que no se encuentran en los meses de abril y mayo de 2026 personas activas en el régimen subsidiado y Contributivo,

incluidas en los RIPS del contrato para prestación de servicios a población pobre y vulnerable no cubierta con subsidios a la demanda.

5- **Realizar la remisión de pacientes dando cabal cumplimiento con lo establecido en el Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008 y Resolución 4331 de 2012, emitidas por el Ministerio de salud y Protección Social referencia y Contra referencia.**

No se recibe por parte de la ESE Hospital Santa Isabel soportes que acrediten que durante los meses de abril y mayo de 2026 se realizaron referencia y contra referencias de los usuarios objeto de este contrato.

6. **Realizar las acciones de afiliación a toda la población que cumpla con los criterios establecidos en la normativa vigente, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1128 de 2020**

No se reciben soportes por parte de la ESE donde acreditan el proceso de afiliación realizada por la institución durante los meses de abril y mayo de 2026

7. **Entregar los soportes de prestación del servicio**

Se reciben por parte de la ESE Hospital Santa Isabel los soportes que acreditan la prestación delos servicios de salud a la población objeto durante los meses de abril y mayo de 2026

PAGOS ABRIL-MAYO 2026

No de Factura	Valor Facturado	Valor a Descontar	Valor a Cancelar
FE 1144224	$ 5.000.000,00	$0,00	$5.000.000,00
FE 1146584	$ 5.000.000,00	$0,00	$5.000.000,00
TOTAL	**$ 10.000.000,00**	**$0,00**	**$ 10.000.000,00**

Los pagos se realizarán con caro a los siguientes rubros presupuestales

RECURSO FINANCIACION	CDP	COMPROMISO	FONDO	DEPEND	CODIGO	ABRIL-MAYO 2026
Unidad de Atención Integral para la Equiparación de Oportunidades	63	171	1.2.1.0.00	4	2.3.2.02.02.009	$ 10.000.000,00
TOTALES						**$ 10.000.000,00**

CONCLUSIONES

1. Cancelar a la ESE Hospital Santa Isabel la suma de Diez Millones de Pesos M/L ($10.000.000,00)
2. Solicitar nuevamente a la ESE Hospital Santa Isabel los soportes que acreditan el proceso de referencia y contra referencia realizado a la población objeto en los periodos facturados, o certificado de no haber realizado dicho proceso con el fin de realizar seguimiento al cumplimiento de esta obligación
3. Solicitar nuevamente a la ESE Hospital Santa Isabel los soportes que acreditan el proceso de afiliación a la población que cumple con los criterios realizadas en los periodos facturados, o certificado de no haber realizado dicho proceso con el fin de realizar seguimiento al cumplimiento de esta obligación
4. Se recomienda a la ESE Hospital Santa Isabel continuar con la validación de los derechos de cada usuario en el momento de la facturación en la base de datos nacional www.adres.gov.co y en las bases de datos entregadas por el ente territorial, en caso de encontrarse alguna inconsistencia notificarla a la Secretaria de Salud del municipio.
5. Solicitar a la ESE realizar las acciones necesarias para garantizar que las personas que cumplen con los requisitos sean afiliadas al SGSSS Régimen Subsidiado a través de las afiliaciones en línea, en especial a la población migrante venezolana que cuente con Permiso por Protección Temporal (PPT).
6. Se ha encontrado un gran compromiso de la ESE en la validación de los usuarios para garantizar la atención a la población objeto del convenio.
7. Enviar copia de este informe a la ESE

Atentamente,

Esp. **CATALINA MARÍA CANO ANDRADE**
Secretaria de Salud

	NOMBRE Y CARGO	FIRMA	FECHA
Elaboró	Luz Amparo Sierra Betancur Profesional de Apoyo en Salud		17-Jun-2026
Revisó	Esp. Catalina María Cano Andrade Secretaria de Salud		17-Jun-2026
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.			

Nº TRD: 170-17-21