

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

|                                |                                                               |                       |                  |             |        |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------|-------------|--------|
| <b>A. DATOS DEL ADQUIRENTE</b> |                                                               |                       |                  |             |        |
| 1. Fecha de la Transacción     | 15/05/2026                                                    | 2. Número Consecutivo | <b>DS</b>        | 4145        | CISS05 |
| 3. Nombre/Razón Social         | DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI                                  |                       | 4. RUT/NIT       | 890,399,011 | 3      |
| 5. Organismo                   | SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI |                       | 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             | CLARA INÉS SOLÍS SANDOVAL                                    |  | 10. NIT/C.C. | 38,642,932       | 2 |
| 11. Dirección                                                                   | CARRERA 7P BIS #63-97                                        |  | 12. Ciudad   | SANTIAGO DE CALI |   |
| 13. Correo Electrónico                                                          | <a href="mailto:clarasol96@yahoo.es">clarasol96@yahoo.es</a> |  | 14. Teléfono | 3177808760       |   |

|                                       |                                        |                                                            |  |  |  |
|---------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>C. INFORMACIÓN DE LA OPERACIÓN</b> |                                        |                                                            |  |  |  |
| 15. Concepto de la Operación          | PRESTACIÓN DE SERVICIOS CUOTA - QUINTA |                                                            |  |  |  |
| 16. Valor de la Operación             | \$ 5,663,000                           | CINCO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE. |  |  |  |

|                                   |                                                                                                                                               |                                                                    |                         |  |  |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|--|
| <b>D. INFORMACIÓN CONTRACTUAL</b> |                                                                                                                                               |                                                                    |                         |  |  |
| 17. Número Contrato               | 4145.010.26.1.0569 - 2026                                                                                                                     | 18. CDP                                                            | 3500261286 - 3500264926 |  |  |
|                                   |                                                                                                                                               | 19. RPC                                                            | 4500408250 - 4500415210 |  |  |
| 20. Objeto del Contrato           | Prestar servicios profesionales en el Proceso Servicios de Salud Pública de la Secretaría de Salud del Distrito Especial de Santiago de Cali. |                                                                    |                         |  |  |
| 21. Valor del Contrato            | \$33.978.000                                                                                                                                  | TREINTA Y TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE |                         |  |  |