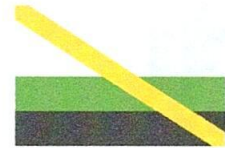




MUNICIPIO DE DABEIBA
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA – REPÚBLICA DE COLOMBIA
NIT 890.980.094-5



INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
PERIODO INFORMADO Y CERTIFICADO – 1 de mayo del 2026 al 30 de junio de 2026					
CONTRATO		ORDEN		CONVENIO	X
CONTRATO Nro.	CI 005 - 2026	TIPO DE CONTRATO	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO-CONTRATACION DIRECTA		
OBJETO: CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN MIGRANTE NO REGULARIZADA SIN CAPACIDAD DE PAGO Y POBLACIÓN COLOMBIANA NO ASEGURADA SIN CAPACIDAD DE PAGO, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DABEIBA, DURANTE LA VIGENCIA 2026					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	Secretario de Salud ANDREY FERNANDO DUQUE VALLE				
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO DE DABEIBA ANTIOQUIA NIT 890.984.670-6				
VALOR DEL CONTRATO INICIAL:	DIEZ MILLONES DE PESOS M/L (\$10.000.000).				
ADICION DEL VALOR DEL CONTRATO					
FECHA DEL CONTRATO	28 DE ABRIL DE 2026				
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	Desde la firma del acta de inicio hasta el 31 de diciembre de 2026.				
ADICION DEL PLAZO DEL CONTRATO	N/A				
DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN					
SUPERVISION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA y CONTABLE DEL CONTRATO					
Balance General del Contrato		Pagos realizados al contratista			
Concepto	Valor	Concepto (Anticipo, actas, pagos)	Egreso	Fecha	Valor
Valor inicial del Contrato	\$ 10,000,000	Pago 1	1505	11/06/2026	58.880.00
Valor Adiciones	\$ 0				
Valor Total del Contrato	\$ 10,000,000				
Porcentaje ejecutado en el mes del contrato inicial	8.51%				
Porcentaje ejecutado del contrato inicial acumulado	9.10%				
Porcentaje por ejecutar del contrato	90.90%				
Valor pagado	\$ 58,880				
Valor causado que no se ha pagado	\$ 851,399				
Valor saldo por ejecutar	\$ 9,089,721				

Carrera Murillo Toro Nro. 10 – 75. Palacio Municipal

Tel.: 300 912 5415 EXT 5101 Fax.: (604) 859 01 02. Código Postal: 057430

Email: alcaldia@dabeiba-antioquia.gov.co Web: www.dabeiba-antioquia.gov.co



SUPERVISION TECNICA Y EVALUACION CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		
Verificación del Cumplimiento de los compromisos y/o actividades contempladas en el contrato y evaluación para pago parcial del contratista.		
ACTIVIDADES – PRODUCTOS - ALCANCE DEFINIDAS EN EL CONTRATO		
Calidad de las especificaciones del bien o servicio: Las actividades o especificaciones contempladas en el contrato objeto de supervisión vienen siendo realizadas con la calidad en las especificaciones, técnica requerida y exigencias acordadas tanto por el contratista como por la entidad contratante.	Constancia	CUMPLE
Cumplimiento de la entrega: hasta el momento se ha cumplido con las actividades contempladas en el contrato en el periodo comprendido entre el 1 DE MAYO DE 2026 Y EL 30 DE JUNIO DE 2026.	Constancia	CUMPLE
Atención y cumplimiento a los requerimientos entregados al contratista: El contratista ha venido acatando las sugerencias hechas por parte de la entidad contratante y del supervisor.	Constancia	CUMPLE

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR PARA PAGO																																																																																																																																																																																																											
CONCLUSIONES																																																																																																																																																																																																											
Concepto del Supervisor: Por haber cumplido a cabalidad con cada una de las actividades estipuladas en el contrato en el periodo correspondiente entre el 1 de mayo de 2026 y el 30 de junio de 2026, se procede a autorizar el segundo (02) pago al contratista, el contratista anexó las siguientes facturas:																																																																																																																																																																																																											
1. Factura Electrónica DAB81055 por valor de \$ 596.521 y DAB82356 por valor de \$ 254.878:																																																																																																																																																																																																											
 E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO DABEIBA - Antioquia NIT. 8984472-1 Tipo de Registro: 45 C.R. 15-4-22- 898445 Codigo Prestador: 882345214  E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO DABEIBA - Antioquia NIT. 8984472-1 Tipo de Registro: 45 C.R. 15-4-22- 898445 Codigo Prestador: 882345214																																																																																																																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="6">FACTURA A:</th> <th colspan="6">FACTURA B:</th> </tr> <tr> <th colspan="6">1574877011582 valida desde 2024-06-10 hasta 2026-06-09. Píndice DAB Numeración: 88001 al 158000</th> <th colspan="6">1574877011582 valida desde 2024-06-10 hasta 2026-06-09. Píndice DAB Numeración: 88001 al 158000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6"> FACTURAR A: NOMBRE: MUNICIPIO DE DABEIBA TIPO IDENTIFICACION: NIT DIRECCION: CAR 11 N 10-75 TELEFONO: 3104333 CIUDAD: DABEIBA PAIS: CO EMAIL: hnsdab@dabeiba-antioquia.gov.co </td> <td colspan="6"> FACTURAR A: NOMBRE: MUNICIPIO DE DABEIBA TIPO IDENTIFICACION: NIT DIRECCION: CAR 11 N 10-75 TELEFONO: 3104333 CIUDAD: DABEIBA PAIS: CO EMAIL: hnsdab@dabeiba-antioquia.gov.co </td> </tr> <tr> <td colspan="2">MODALIDADES DE CONTRATACION Y PAGO</td> <td colspan="2">COBERTURA O PLAN DE BENEFICIO</td> <td colspan="2">NÚMERO DE CONTRATO</td> <td colspan="2">NÚMERO DE POLIZA</td> <td colspan="2">PAGOS COMPARTIDOS EN PLACES VOLUNTARIOS DE SALUD</td> <td colspan="2">FECHA INICIO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">SA</td> <td colspan="2">SA</td> <td colspan="2">010001-2026</td> <td colspan="2">010001-2026</td> <td colspan="2">010001-2026</td> <td colspan="2">010001-2026</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ORDEN SERV. O SUBFACTURA</td> <td colspan="2">MEDICO</td> <td colspan="2">ESPECIALIDAD</td> <td colspan="2">FECHA FACTURA</td> <td colspan="2">FECHA VENCIMIENTO</td> <td colspan="2">MONEDA COP</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1</td> <td colspan="2">SA</td> <td colspan="2">SA</td> <td colspan="2">2026-07-17</td> <td colspan="2">2026-07-17</td> <td colspan="2">COP</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ITEM</td> <td colspan="2">CODIGO</td> <td colspan="2">DESCRIPCION</td> <td colspan="2">CANTIDAD</td> <td colspan="2">UNIDAD</td> <td colspan="2">VALOR UNITARIO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1</td> <td colspan="2">SA</td> <td colspan="2">SA</td> <td colspan="2">1</td> <td colspan="2">UNIDAD</td> <td colspan="2">\$21.021</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2</td> <td colspan="2">SA</td> <td colspan="2">SA</td> <td colspan="2">1</td> <td colspan="2">UNIDAD</td> <td colspan="2">\$27.102</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3</td> <td colspan="2">SA</td> <td colspan="2">SA</td> <td colspan="2">1</td> <td colspan="2">UNIDAD</td> <td colspan="2">\$26.398</td> </tr> <tr> <td colspan="6">TOTAL ITEM 3</td> <td colspan="6">TOTAL ITEM 1</td> </tr> <tr> <td colspan="6">SUBTOTAL: \$596.521.00</td> <td colspan="6">SUBTOTAL: \$254.878.00</td> </tr> <tr> <td colspan="6">DESCUENTO: \$0.00</td> <td colspan="6">DESCUENTO: \$0.00</td> </tr> <tr> <td colspan="6">IVA: \$0.00</td> <td colspan="6">IVA: \$0.00</td> </tr> <tr> <td colspan="6">TOTAL: \$596.521.00</td> <td colspan="6">TOTAL: \$254.878.00</td> </tr> </tbody> </table>												FACTURA A:						FACTURA B:						1574877011582 valida desde 2024-06-10 hasta 2026-06-09. Píndice DAB Numeración: 88001 al 158000						1574877011582 valida desde 2024-06-10 hasta 2026-06-09. Píndice DAB Numeración: 88001 al 158000						FACTURAR A: NOMBRE: MUNICIPIO DE DABEIBA TIPO IDENTIFICACION: NIT DIRECCION: CAR 11 N 10-75 TELEFONO: 3104333 CIUDAD: DABEIBA PAIS: CO EMAIL: hnsdab@dabeiba-antioquia.gov.co						FACTURAR A: NOMBRE: MUNICIPIO DE DABEIBA TIPO IDENTIFICACION: NIT DIRECCION: CAR 11 N 10-75 TELEFONO: 3104333 CIUDAD: DABEIBA PAIS: CO EMAIL: hnsdab@dabeiba-antioquia.gov.co						MODALIDADES DE CONTRATACION Y PAGO		COBERTURA O PLAN DE BENEFICIO		NÚMERO DE CONTRATO		NÚMERO DE POLIZA		PAGOS COMPARTIDOS EN PLACES VOLUNTARIOS DE SALUD		FECHA INICIO		SA		SA		010001-2026		010001-2026		010001-2026		010001-2026		ORDEN SERV. O SUBFACTURA		MEDICO		ESPECIALIDAD		FECHA FACTURA		FECHA VENCIMIENTO		MONEDA COP		1		SA		SA		2026-07-17		2026-07-17		COP		ITEM		CODIGO		DESCRIPCION		CANTIDAD		UNIDAD		VALOR UNITARIO		1		SA		SA		1		UNIDAD		\$21.021		2		SA		SA		1		UNIDAD		\$27.102		3		SA		SA		1		UNIDAD		\$26.398		TOTAL ITEM 3						TOTAL ITEM 1						SUBTOTAL: \$596.521.00						SUBTOTAL: \$254.878.00						DESCUENTO: \$0.00						DESCUENTO: \$0.00						IVA: \$0.00						IVA: \$0.00						TOTAL: \$596.521.00						TOTAL: \$254.878.00					
FACTURA A:						FACTURA B:																																																																																																																																																																																																					
1574877011582 valida desde 2024-06-10 hasta 2026-06-09. Píndice DAB Numeración: 88001 al 158000						1574877011582 valida desde 2024-06-10 hasta 2026-06-09. Píndice DAB Numeración: 88001 al 158000																																																																																																																																																																																																					
FACTURAR A: NOMBRE: MUNICIPIO DE DABEIBA TIPO IDENTIFICACION: NIT DIRECCION: CAR 11 N 10-75 TELEFONO: 3104333 CIUDAD: DABEIBA PAIS: CO EMAIL: hnsdab@dabeiba-antioquia.gov.co						FACTURAR A: NOMBRE: MUNICIPIO DE DABEIBA TIPO IDENTIFICACION: NIT DIRECCION: CAR 11 N 10-75 TELEFONO: 3104333 CIUDAD: DABEIBA PAIS: CO EMAIL: hnsdab@dabeiba-antioquia.gov.co																																																																																																																																																																																																					
MODALIDADES DE CONTRATACION Y PAGO		COBERTURA O PLAN DE BENEFICIO		NÚMERO DE CONTRATO		NÚMERO DE POLIZA		PAGOS COMPARTIDOS EN PLACES VOLUNTARIOS DE SALUD		FECHA INICIO																																																																																																																																																																																																	
SA		SA		010001-2026		010001-2026		010001-2026		010001-2026																																																																																																																																																																																																	
ORDEN SERV. O SUBFACTURA		MEDICO		ESPECIALIDAD		FECHA FACTURA		FECHA VENCIMIENTO		MONEDA COP																																																																																																																																																																																																	
1		SA		SA		2026-07-17		2026-07-17		COP																																																																																																																																																																																																	
ITEM		CODIGO		DESCRIPCION		CANTIDAD		UNIDAD		VALOR UNITARIO																																																																																																																																																																																																	
1		SA		SA		1		UNIDAD		\$21.021																																																																																																																																																																																																	
2		SA		SA		1		UNIDAD		\$27.102																																																																																																																																																																																																	
3		SA		SA		1		UNIDAD		\$26.398																																																																																																																																																																																																	
TOTAL ITEM 3						TOTAL ITEM 1																																																																																																																																																																																																					
SUBTOTAL: \$596.521.00						SUBTOTAL: \$254.878.00																																																																																																																																																																																																					
DESCUENTO: \$0.00						DESCUENTO: \$0.00																																																																																																																																																																																																					
IVA: \$0.00						IVA: \$0.00																																																																																																																																																																																																					
TOTAL: \$596.521.00						TOTAL: \$254.878.00																																																																																																																																																																																																					

Carrera Murillo Toro Nro. 10 – 75. Palacio Municipal

Tel.: 300 912 5415 EXT 5101 Fax.: (604) 859 01 02. Código Postal: 057430

Email: alcaldia@dabeiba-antioquia.gov.co Web: www.dabeiba-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE DABEIBA
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA – REPÚBLICA DE COLOMBIA
NIT 890.980.094-5



Lo anterior en cumplimiento de las siguientes actividades:

- Atender urgencias médicas con triage 1 y 2; (incluye medicamentos y/o ayudas diagnosticas que permitan la estabilización, resolución o remisión del paciente).
- Realizar atención médica a usuarias en proceso de gestación, parto y puerperio.
- Realizar Traslado Asistencial Básico - TAB para pacientes derivados del servicio de urgencias y anexar la hoja de traslado.
- Realizar la atención de usuarios bajo el principio de humanización en la prestación de servicios de salud, con criterios de oportunidad y calidad establecidos en la normativa vigente, del mismo modo la E.S.E debe aplicar el 50% de las encuestas de satisfacción al usuario derivadas de la prestación del servicio, teniendo en cuenta los lineamientos de la auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC).
- Adjuntar a los RIPS: Copia del documento de identificación del usuario, copia del pantallazo de la consulta en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y copia del documento que certifique la no capacidad de pago de la persona atendida. Lo anterior para efectos de verificación por parte de la SUPERVISIÓN

La ESE adeuda los siguientes soportes:

- El 50% de las encuestas de satisfacción al usuario derivadas de la prestación del servicio, teniendo en cuenta los lineamientos de la auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC).

Pacientes atendidos factura DAB81055 por \$ 596.521:

- LUZ ESPERANZA LONG CURINUQUI \$ 275.100
- LUZ ESPERANZA LONG CURINUQUI \$ 39.800
- YOSETH PAOLA GUTIERREZ ZARRAGA \$ 110.125
- RICHAINNY PAOLA MONTAÑA GARCIA \$ 171.496

Pacientes atendidos factura DAB82356 por \$ 254.878:

- LUZ ESPERANZA LONG CURINUQUI \$ 254.878

Dado en el municipio de Dabeiba Antioquia, a los veintisiete (27) días del mes de julio de 2026.

ANDREY FERNANDO DUQUE VALLE
Secretario de Salud
Supervisor



Carrera Murillo Toro Nro. 10 – 75. Palacio Municipal
Tel.: 300 912 5415 EXT 5101 Fax.: (604) 859 01 02. Código Postal: 057430
Email: alcaldia@dabeiba-antioquia.gov.co Web: www.dabeiba-antioquia.gov.co