



|                                    |                             |                                                                |                                 |
|------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Fecha de solicitud *<br>14/09/2026 | Centro de Costos *<br>07001 | Secretaría *<br>Secretaría de Desarrollo y<br>Bienestar Social | Número de Radicado<br>1501-2026 |
|------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|

Información Jurídica

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Tipo de contrato *<br>7-iteradministrativo                                                                                                                                                                                                                                      | Modalidad de selección *<br>CCE-10 |
| Objeto contractual *<br>PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS HABITANTES DE CALLE DEL MUNICIPIO DE COPACABANA PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE HABITANCIA EN CALLE, QUE GARANTICE EL DESARROLLO Y CONVIVENCIA CIUDADANA EN EL MUNICIPIO DE COPACABANA. |                                    |
| Duración (días)<br>Fecha de inicio: 21/09/2026<br>Fecha fin: 31/12/2026<br>Total: 102 días                                                                                                                                                                                      | Nombre Contratista<br>POR DEFINIR  |

Información Plan de Desarrollo Municipal

|                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programa<br>4.8.1 Fortalecimiento y atención integral de la población habitante de la calle.                                                                                                                                 |
| Indicador<br>4.8.1.1 Estrategia de Atención psicosocial y resocialización implementada.<br>4.8.1.2 Acciones de acompañamiento, formación y campañas de divulgación para promover programas de desintoxicación implementados. |
| BPIN<br>2024052120035 Apoyo y atención integral a la población que se encuentra en situación de calle del municipio de Copacabana.                                                                                           |

Información Presupuestal

|                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Naturaleza del gasto<br>Inversión | Presupuesto Total *<br>\$ 49.000.000 |
|-----------------------------------|--------------------------------------|

Discriminación de rubros presupuestales

| RESUMIDO  | RUBRO                        | NOMBRE RUBRO                | VALOR    |
|-----------|------------------------------|-----------------------------|----------|
| 131623928 | 2.99.4502.13.131623928.14501 | 2024052120035-DLL-481-14501 | 49000000 |

|                              |
|------------------------------|
| Forma de pago *<br>Menstrual |
|------------------------------|

Datos del Solicitante

|                                    |                                                        |           |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|
| Nombre *<br>SEBASTIÁN GÓMEZ ARANGO | Carga *<br>SECRETARIO DESARROLLO Y<br>BIENESTAR SOCIAL | Firma<br> |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|

Aprobaciones

Departamento Administrativo  
Aprobado

Firma

Secretaría de Hacienda  
Aprobado

Firma

Alcalde Municipal  
Aprobado

Firma

Información del Comité de Contratación

Número de Acta  
N°45

Fecha del Comité  
14/09/2026

Observaciones