**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
REGIÓN DE POLICIA No. 6
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6

**GS- 2026 -025280 REGI6 – GRUCO – 11.9**

Envigado, 05 de octubre de 2026

Señor
EDMUNDO ARTURO GOMEZ SANCHEZ
Gerente EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
CAMPAMENTO LA SALADA
Segovia - Antioquia

Asunto: Carta de Inicio Ejecución al Contrato No. 65-5-20230-26

Respetuosamente me permito informar que los requisitos para el perfeccionamiento y ejecución al Contrato No. **65-5-20230-26**, suscrito con la entidad que usted representa, han sido surtidos en su totalidad, por tal motivo notifico que a partir de la fecha podrá darse inicio a la ejecución del objeto contractual y cumplimiento a las obligaciones pactadas en la minuta del mencionado contrato.

## DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| Contrato No. | 65-5-20230-26 |
| Objeto: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS, QUIRÚRGICOS, URGENCIAS, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE BAJA COMPLEJIDAD, COMO TAMBIÉN EL SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE SEGOVIA - ANTIOQUIA |
| Valor Contrato: | $ 6.000.000,00 |
| Fecha de Inicio: | 05/10/2026 |
| Fecha de Terminación: | 31/12/2026 |
| Supervisor del Contrato: | Subintendente **ANDRÉS CAMILO MARTÍNEZ RÍOS** |

Atentamente,

Teniente Coronel **LILIANA ANDREA GIRALDO MEDINA**
Jefe Regional de Aseguramiento en salud No. 6

**Elaboró:** CPS **JOHANA ALTAMIRANDA MORALES**
**RASES No. 6 / GRUCO**

**Revisó:** Intendente **HECTOR DAVID ARREDONDO MALDONADO**
**RASES No. 6 / GRUCO**

**Revisó:** Intendente Jefe **JUAN DIEGO SANCHEZ FLOREZ**
**RASES No. 6 / ARLOF (E)**

**Revisó:** Intendente Jefe **ELIAB FRANCO BEDOYA**
**RASES No. 6 / ASJUR (E)**

**Revisó:** CPS **RUBEN DARIO HINCAPIE ARROYAVE**
**RASES No. 6 / ASJUR**

Fecha de elaboración: 05/10/2026
Ubicación: D//:Contratos2026 MUNICIPIO DE SEGOVIA

Carrera 43A No. 48Csur-45, Envigado - Antioquia
Teléfono: Teléfono 350 585 5104
deant.rases-gco@policia.gov.co
**www.policia.gov.co**

**INFORMACIÓN PÚBLICA**

**Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.**

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHbvelsque | BIVIANA ELISABETH VELASQUEZ ACEVEDO |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 16-01-02-005 | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD |
| Fecha y Hora Sistema: | 5/10/2026 12:00:00 p. m. | |

## REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 99726 de fecha 2026-09-14. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 121726 | **Fecha Registro:** | 2026-10-05 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | | 16-01-02-005 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 6 | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 6.000.000,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 6.000.000,00 | **Saldo x Obligar:** | 6.000.000,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: NIT** | 800080586 | **Razón Social:** | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 250052743 | **Banco:** | BANCO DE BOGOTA | **Tipo:** | Corriente | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 52803070 | **Nombre:** | LILIANA ANDREA GIRALDO MEDINA | **Cargo:** | JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 6 |

| **CAJA MENOR** | | | **VIÁTICOS** | | | | **DOCUMENTO SOPORTE** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de Comisión:** | | **Número:** | 65-5-20230-26 | **Tipo:** | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO | **Fecha:** | 2026-10-05 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. |
|---|---|---|---|---|
| O05 ATENCION SALUD | A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y | Nación | 16 | SSF |

| FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|
| | 6.000.000,00 | 0,00 | | |
| **Total:** | 6.000.000,00 | 0,00 | 6.000.000,00 | 6.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | RASES ANTIOQUIA PRESTACION SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, QUIRURGICOS, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, MUNICIPIO DE SEGOVIA, CPA 745, MCT 0347-26, PLAZO 31/12/2026 |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O05 | DISAN SECCIONAL DE SANIDAD ANTIOQUIA | 4-2 | ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2026-10-31 | 6.000.000,00 | 6.000.000,00 | NINGUNO |

**FIRMA(S) RESPONSABLE(S)**

# REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N. 6

Nit: 811032059



REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6

## CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

**Numero: 1010**

EL JEFE DE LA: PRESUPUESTO

**C E R T I F I C A :**

BORRADOR

Que se ha registrado el siguiente compromiso por un valor de: $ 6.000.000,00

Por Concepto de: RASES ANTIOQUIA PRESTACION SERVICIOS SALUD HOSPITALARIOS,QUIRURGICOS, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, MUNICIPIO DE SEGOVIA,CPA 745 MCT 4476 PLAZO 1/12/2026

Estado: GRABADO - ESTI

Area Solicitante: ATENCION SALUD SECCIONAL ANTIOQUIA

Nombre Solicitante: TC LILIANA ANDREA GIRALDO M

Fecha Solicitud: 14/09/2026

**Observaciones:** .

Proyecto:

| AREA | | IMPUTACION PRESUPUESTAL | RECU | DESCRIPCIÓN | VIGENCIA | REFERENCIA | | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Doc | Número | |
| 01520200 | ATENCION SALUD SECCIONAL ANTIOQUIA | 020202009 | 16 | SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES* | 2026 | CDP | 753 | $6,000,000.00 |
| | | | | | | **TOTAL** | | $6,000,000.00 |

Beneficiario: 800080586 - E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS(SEGOVIA ANT)

Documento: REG - REGISTRO PRESUPUESTAL NroRese: 1010 Acta Nro: 0 Vigencia: 2026

Expedido a los 05 dias del mes de Octubre de 2026 en la ciudad de MEDELLIN

CPS. BIVIANA VELASQUEZ ACEVEDO
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO