

Antes de diligenciar el Contrato lea cuidadosamente las cláusulas incorporadas al mismo y que aparece al respaldo de este documento.

Fecha de Suscripción: DÍA (DD) 01 MES (MM) 04 AÑO (AAAA) 2001

1. PARTES CONTRATANTES	CÓDIGO: 88
1.1. DEPARTAMENTO San Andrés	CÓDIGO: 001
1.2. MUNICIPIO (o Distrito) San Andrés	CÓDIGO: UT001
1.3. ADMINISTRADORA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Cajasalud ARS Unión Temporal	

2. REPRESENTANTES LEGALES	2.1. POR EL DEPARTAMENTO (Sólo cuando concurre)	2.2. POR EL MUNICIPIO	2.3. POR LA ARS
Nombres:	Nombres:	Nombres:	ARMANDO
Primer Apellido: RALPH	Primer Apellido: NEWBALL	Primer Apellido: ARIZA	Segundo Apellido: QUINTERO
Segundo Apellido: SOTELO	Segundo Apellido:	C.C. No. 12.109.261	De: Neiva
C.C. No. 70063181	C.C. No.	De: Neiva	Domicilio: NEIVA-HUILA
De: Medellín	De:	Dirección: Calle 11#5-67	Teléfono: 8721726
Domicilio: SAN ANDRÉS ISLA	Domicilio:	Cuenta Corriente ARS: 1920006714-4	Banco: Caja Social
Dirección: AV. Francisco Newball	Dirección:		
Teléfono: 5124390	Teléfono:		
Cuenta Fondo Dptal de Salud: 640-01008-8	Cuenta Fondo Local de Salud:		
Banco: popular	Banco:		

3. OBJETO DEL CONTRATO
El presente contrato tiene por objeto la administración de los recursos del régimen subsidiado en salud y el aseguramiento de los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud al Régimen Subsidiado, identificados mediante el listado anexo y que libremente hayan seleccionado a esta ARS, con el fin de garantizar a los mismos, la prestación de los servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado vigente al momento de la prestación de servicios y de conformidad con la Ley 100 de 1993, sus Decretos Reglamentarios, las acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, las determinaciones que adopte el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas que lo adicionen, modifiquen o complementen.

4. INSCRIPCIÓN DE LA ARS	4.1. DIRECCIÓN DE SALUD: Departamental	4.2. RESOLUCIÓN NÚMERO: 0600	FECHA: (DD/MM/AAAA) 57/03/2001
5. POBLACIÓN AFILIADA (Marque con una sola X)	5.1. CONTINUIDAD: ☒	5.2. AMPLIACIÓN: ☐	5.3. POBLACIÓN ESPECIAL (ESPECIFICAR)
5.4. TOTAL POBLACIÓN AFILIADA: 509			

6. VIGENCIA DEL CONTRATO	6.1. FECHA INICIAL: (DD/MM/AAAA) 01/04/2001	6.2. FECHA FINAL: (DD/MM/AAAA) 27/03/2002
7. VALOR DEL CONTRATO	7.1. Valor UPC-S Vigente: \$ 194.400	7.2. Valor inicial del contrato = (5.4) x (7.1): \$ 98.949.600

8. FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL CONTRATO	CDP No.	(DD)	(MM)	(AAAA)
8.1. Recursos ICN 90%		(DD)	(MM)	(AAAA)
8.1.1. Recursos ICN 75%		(DD)	(MM)	(AAAA)
8.1.2. Recursos ICN 15%		(DD)	(MM)	(AAAA)
8.2. Recurso ICN, Régimen Subsidiado		(DD)	(MM)	(AAAA)
8.3. Situado fiscal - Transformación Ley		(DD)	(MM)	(AAAA)
8.4. Rentas cedidas transformadas		(DD)	(MM)	(AAAA)
8.5. Esfuerzo Propio:		(DD)	(MM)	(AAAA)
A: Situado Fiscal. Mayor transformación a % de ley		(DD)	(MM)	(AAAA)
B: Rentas Cedidas. Mayor transformación a % de ley		(DD)	(MM)	(AAAA)
C: ICN 10 puntos para salud		(DD)	(MM)	(AAAA)
D: Otros (Especificar)		(DD)	(MM)	(AAAA)
8.6. 1. Cofinanciación FOSYGA CORRIENTE	Acuerdo o Resolución No.			
8.6. 2. Cofinanciación FOSYGA V. FUTURA				
8.7. Recursos de Caja de Compensación Familiar (ART. 217 Ley 100/93)				
8.8. Total Financiación				

9. REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO	9.1. POR EL DEPARTAMENTO	9.2. POR EL MUNICIPIO
No.	FECHA: (DD/MM/AAAA)	No.
10. FORMA DE PAGO (Anticipado) Marque una X	10.1. DEPARTAMENTO	10.2. MUNICIPIO
10.1. Mensual	San Andrés	San Andrés
10.2. Bimestral		

11. INTERVENTORIA (Marque una sola X)	11.1. INTERNA (una sola casilla)	11.2. PERSONA NATURAL	11.3. PERSONA JURIDICA	11.4. C.C. No. 34986954	11.5. NIT. No.	12.3. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL
	☒	☐	☐			RALPH NEWBALL SOTELO
	☐	☐	☐			TELEFONO: 5124390

Nota: Con la suscripción de este contrato declaramos conocer la totalidad de las cláusulas incorporadas al mismo y las normas que regulan la administración y aseguramiento de la población beneficiaria del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en constancia firmamos como aparece:

12. FIRMAS	12.1. REPRESENTANTE LEGAL DEL DEPARTAMENTO (Cuando concurre)	12.2. REPRESENTANTE LEGAL DEL MUNICIPIO	12.3. EL CONTRATISTA
			P/P 14w Bellator

Neiva, 3 de abril de 2001

ARMANDO ARIZA QUINTERO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 12.109.261 de Neiva, en mi calidad de Representante de la Unión Temporal **CAJASALUD ARS**, me permito otorgar poder especial a la Doctora MARIA BALLESTEROS RODRIGUEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 41.672.476 de Bogotá, en su calidad de Directora Administrativa de CAJASAL, para que en mi nombre y representación suscriba los contratos de Administración de Régimen Subsidiado en el Departamento de San Andrés

Mi apoderado queda revestido de las más amplias facultades, con el fin de lograr la contratación mencionada.

Cordial saludo.


ARMANDO ARIZA QUINTERO,
Representante CAJASALUD ARS Unión Temporal

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
ANTE LA NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCUITO DE NEIVA (HUIZA)
COMPARECÍO: Armando Ariza Quintero
QUIEN EXHIBIÓ LA C.C. 12.109.261
ESPEDIDA EN Neiva Y RECIBIDA EN Neiva
FIRMA Y HUELLA COMO APARECEN EN EL PRESENTE DOCUMENTO
SON CUYAS FIRMAS Y HUELLAS COMO APARECEN EN EL MISMO ES CIERTO
NEIVA - 3 ABR 2001
EL DECLARANTE [Firma]
AUTORIZO ANTERIOR DOCUMENTO
DECLARANTE [Firma]
NOTARIA SEGUNDA DE NEIVA

