

**DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**

**EL GRUPO DE PRESUPUESTO DE LA SECRETARIA DE HACIENDA**

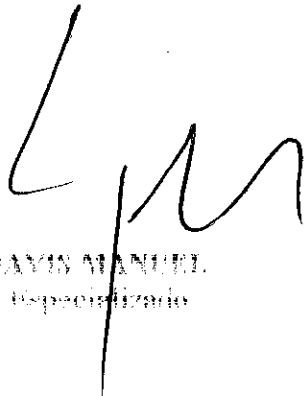
**CERTIFICA**

**REGISTRO PRESUPUESTAL No. 057 DE 2001**

Para el Cumplimiento de las Obligaciones Fiscales del Departamento Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, el Contrato No.059 de 2001, por la cantidad de NOVENTA MILLONES QUINIENTOS NOVENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS (\$90,590,400.00) M/CTE.....

Celebrado entre el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y CAPRECOM EPS se Imputara con cargo al Programa 2.2.12.1 Subprograma 06 del Presupuesto de la Vigencia Fiscal del 2001, Cuyo Objeto es, Administración Recursos Régimen Subsidiado de los beneficiarios de Seguridad Social en salud, y el Profesional Especializado del Grupo de Presupuesto Registra, Aprueba y Certifica que existe partida a la cual es imputado el gasto proyectado libre de compromiso en cuantía suficiente, el cual se reserva en forma legal.

Para constancia de firma en San Andres Isla a los Un (01) dias del mes de Octubre de Dos Mil Uno (2001)



**CASTOR DAVIS MANUEL**  
Profesional Especializado

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES PROVIDENCIA Y SANTA  
CATALINA

Certificado de Disponibilidad No.09-2136

MINISTERIO ESPECIALIZADO EN EL SECTOR DEL GRUPO DE PRESUPUESTO DE LA  
SECRETARIA DE HACIENDA

CERTIFICA :

que dentro del Presupuesto Departamental para la Vigencia del 2001, Aprobado mediante  
Ordenanza No. 013 del 15 de Noviembre de 2000, Existe una partida bajo la SECRETARIA  
DE SALUD

PROGRAMA : 2.2.12.1 INVERSIONES DIRECTAS

SUBPROGRAMA : 06

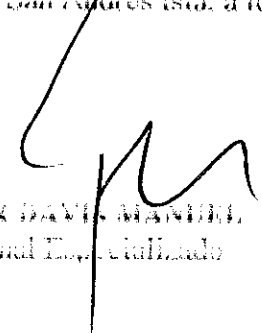
DENOMINADO : REGIMEN SUBSIDIADO

A SUMINISTRE DE : CAPRECOM EPS

Con Disponibilidad Presupuestal Por la Suma de : NOVENTA MILLONES QUINIENTOS  
NOVENTA MIL CINCUATROCIENTOS PESOS (\$ 90,590,400.00) M/CTE.

el profesional especializado encargado del Grupo de Presupuesto Registra, Aprueba y  
Certifica que existe partida a la cual es imputado el gasto proyectado, libre de compromiso en  
cuenta corriente

Dado en San Andrés Isla, a los Veintiseis (26) Días del mes de Septiembre del Dos Mil Uno  
(2001).

  
CASTOR DAVID MANDEL  
Especialista Encargado

REPUBLICA DE COLOMBIA  
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
REGIMEN SUBSIDIADO  
CONTRATO PARA LA ADMINISTRADORA DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

CONTRATO No 059 NUMERO DE RADICACION EPS0208800104

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

Fecha de Suscripción: DIA (01) MES(10) AÑO(2001)

1. PARTES CONTRATANTES

|                                            |              |         |        |
|--------------------------------------------|--------------|---------|--------|
| 1.1. DEPARTAMENTO                          | SAN ANDRES   | CODIGO: | 88     |
| 1.2. MUNICIPIO (ó Distrito)                | SAN ANDRES   | CODIGO: | 001    |
| 1.3. ADMINISTRADORA DEL REGIMEN SUBSIDIADO | CAPRECOM EPS | CODIGO: | EPS020 |

2. REPRESENTANTES LEGALES

|                                                 |                                           |                                            |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 2.1. POR EL DEPARTAMENTO (Sólo cuando concurre) | 2.2. POR EL MUNICIPIO                     | 2.3. POR LAS ARS                           |
| Nombres: RALPH                                  | Nombres: RALPH                            | Nombres: TALEL                             |
| Primer Apellido: NEWBALL                        | Primer Apellido: NEWBALL                  | Primer Apellido: SAID                      |
| Segundo Apellido: SOTELO                        | Segundo Apellido: SOTELO                  | Segundo Apellido: DARWICH                  |
| C.C. No.: 70.063.181                            | C.C. No.: 70.063.181                      | C.C. No.: 15.243.906                       |
| De: MEDELLIN                                    | De: MEDELLIN                              | De: SAN ANDRES ISLA                        |
| Domicilio: SAN ANDRES ISLA                      | Domicilio: SAN ANDRES ISLA                | Domicilio: SAN ANDRES ISLA                 |
| Dirección: AV. FRANCISCO NEWBALL                | Dirección: AV. FRANCISCO NEWBALL          | Dirección: AV. FRANCISCO NEWBALL           |
| Télefono: 5124390                               | Télefono: 5124390                         | Télefono: 5129605-5123440                  |
| Cuenta Fondo Dptal. De Salud: 640-01008-8       | Cuenta Fondo Dptal. De Salud: 640-01008-8 | Cuenta Fondo Dptal. De Salud: 1260493848-5 |
| Banco: POPULAR                                  | Banco: POPULAR                            | Banco: BANCOLOMBIA                         |

3. OBJETO DEL CONTRATO

El Contrato tiene por objeto la administración de los recursos del Régimen Subsidiado y el aseguramiento de los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud al Régimen Subsidiado, identificadas mediante el estado 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 los servicios y de conformidad con la Ley 100 de 1993, sus Decretos Reglamentarios, los 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 la adicionen, modifiquen o complementen.

4. INSCRIPCION DE LAS ARS

|                                            |                              |                     |
|--------------------------------------------|------------------------------|---------------------|
| DIRECCION DE SALUD-DEPARTAMENTAL           | 4.2. RESOLUCION NUMERO: 2852 | FECHA: (17/09/1996) |
| POBLACION AFILIADA (marque con una sola X) |                              |                     |

5.1. CONTINUIDAD: 5.2. AMPLIACION: X 5.3. POBLACION ESPECIAL (ESPECIQUE) CODIGO: 5.4. TOTAL POBLACION AFILIADA: 932

6. VIGENCIA DEL CONTRATO

6.1. FECHA INICIAL: (DD/MM/AA) 01/10/2001 6.2. FECHA FINAL: (DD/MM/AA) 31/03/2002

7. VALOR DEL CONTRATO

7.1. Valor UPC-S Vigente: \$97.200 7.2. Valor Inicial del contrato = (5.4)x(7.1):\$ 90.590.400

8. FUENTES DE FINANCIACION DEL CONTRATO

|                                                                     |               |                              |      |      |        |
|---------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------|------|------|--------|
| 8.1. Recursos ICN 90%                                               | \$            | CDP No.                      | (DD) | (MM) | (AAAA) |
| 8.1.1. Recursos ICN 75%                                             | \$            | CDP No.                      | (DD) | (MM) | (AAAA) |
| 8.1.2. Recursos ICN 15%                                             | \$            | CDP No.                      | (DD) | (MM) | (AAAA) |
| 8.2. Reaforo ICN, Régimen Subsidiado                                | \$            | CDP No.                      | (DD) | (MM) | (AAAA) |
| 8.3. Situado fiscal-Transformación Ley                              | \$            | CDP No.                      | (DD) | (MM) | (AAAA) |
| 8.4. Rentas cedidas transformadas                                   | \$            | CDP No.                      | (DD) | (MM) | (AAAA) |
| 8.5. Esfuerzo Propio:                                               | \$            | CDP No.                      | (DD) | (MM) | (AAAA) |
| A: Situado Fiscal. Mayor                                            | \$            | CDP No.                      | (DD) | (MM) | (AAAA) |
| Transformación a % de Ley                                           |               |                              |      |      |        |
| B: Rentas Cedidas. Mayor                                            | \$            | CDP No.                      | (DD) | (MM) | (AAAA) |
| Transformación a % de Ley                                           |               |                              |      |      |        |
| C: ICN 10 puntos para salud                                         | \$            | CDP No.                      | (DD) | (MM) | (AAAA) |
| D: Otros (Especificar)                                              | \$            | CDP No.                      | (DD) | (MM) | (AAAA) |
| 8.6.1. Cofinanciación FOSYGA CORRIENTE                              | \$ 90.590.400 | Acuerdo o Resolución No. 203 | (13) | (07) | (2001) |
|                                                                     |               | CDP No. 09-2136              | (26) | (09) | (2001) |
| 8.6.2. Cofinanciación FOSYGA V. FUTURA                              |               |                              |      |      |        |
| 8.7. Recursos de Ceja de Compensación Familiar (ART.217 Ley 100/93) | \$            |                              |      |      |        |
| 8.8. Total Financiación                                             | \$ 90.590.400 |                              |      |      |        |

9. REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

|                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| 9.1. POR EL DEPARTAMENTO | 9.2. POR EL MUNICIPIO |
| No. Fecha:               | No. Fecha: (DD/MM/AA) |

10. FORMA DE PAGO (Anticipado) Marque una X

|               |                   |                           |                        |
|---------------|-------------------|---------------------------|------------------------|
| 10.1. Mensual | 10.2. Bimestral X | 10.1. DEPARTAMENTO Codigo | 10.2. MUNICIPIO Codigo |
|               |                   | SAN ANDRES 88             | SAN ANDRES 001         |

11. INTERVENTORIA (Marque una X)

|                                  |   |                       |   |                           |                                      |
|----------------------------------|---|-----------------------|---|---------------------------|--------------------------------------|
| 11.1. INTERNA (una sola Casilla) | X | 11.2. PERSONA NATURAL | X | C.C. No. 9.063.747 C/gena | 12.3. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL |
| Externa                          |   | PERSONA JURIDICA      |   | NIT. No. _____            | RALPH NEWBALL SOTELO                 |
|                                  |   |                       |   |                           | TELEFONO: 5124390                    |

Nota: Con la suscripción de este contrato declaro conocer la totalidad de las cláusulas incorporadas en el 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

LOS CONTRATANTES

Representante Legal del Departamento  
(Cuando Concurre)

Representante Legal del Municipio

EL CONTRATISTA

Representante Legal  
de la Administradora  
del Régimen