

CONTRATO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS DEL ARTÍCULO 217 DE LA LEY 100 DE 1993-RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

CONTRATO NÚMERO

CODIGODIVIPOLA -2-AÑO

Contrato N°	Fecha de Suscripción (dd/mm/aaaa)
1. Partes Contratantes:	
El Contratista	Código DANE:
Los Contratantes:	
Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado EPS-S	
EPS-S 1	Código
EPS-S 2	Código
EPS-S 3	Código
Cajas de Compensación a cargo de Régimen Subsidiado EPS-S	
Caja de Comp. 1	Código
Caja de Comp. 2	Código
Caja de Comp. 3	Código
Objeto del Contrato: OBJETO DEL CONTRATO	
El presente contrato tiene por objeto la administración de los recursos del régimen subsidiado en salud y el cumplimiento de la función indelegable del aseguramiento en salud de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud al Régimen Subsidiado activos en BDUA.	
Información del Contratante:	
Nombre de la ET.	Código DANE:
Representante Legal:	C.C. No.
Cargo	De
Dirección Domicilio:	TEL:

Cel.	E-mail:
Cuenta Maestra Forido de Salud:	Banco:
Información de los Contratistas:	

Información de las EPS - S que intervienen en el contrato	
Nombre EPS-s 1	Código
	Nit:
	Fecha:
Representante Legal:	C.C. No.
Dirección Domicilio:	Tel.:
E-mail:	Cel.
Cuenta Bancaria:	Banco:
Nombre EPS-s 1	Código
	Nit:
	Fecha:
Representante Legal:	C.C. No.
Dirección Domicilio:	Tel.:
E-mail:	Cel.
Cuenta Bancaria:	Banco:
Nombre EPS-s 1	Código
	Nit:
	Fecha:
Representante Legal:	C.C. No.
Dirección Domicilio:	Tel.:
E-mail:	Cel.
Cuenta Bancaria:	Banco:
Nombre EPS-s 1	Código
	Nit:
	Fecha:
Representante Legal:	C.C. No.
Dirección Domicilio:	Tel.:
E-mail:	Cel.
Cuenta Bancaria:	Banco:
Cajas de Compensación Familiar que intervienen en el contrato	
Nombre de la Caja 1	Código
	Nit:

Representante Legal:	Fecha:	
Dirección Domicilio:	C.C. No.	
E-mail:	Tel.:	
Cuenta Bancaria:	Cel.	
Nombre de la Caja 1	Banco:	
	Código	
	Nit:	
	Fecha:	
Representante Legal:	C.C. No.	
Dirección Domicilio:	Tel.:	
E-mail:	Cel.	
Cuenta Bancaria:	Banco:	
Nombre de la Caja 1	Código	
	Nit:	
	Fecha:	
Representante Legal:	C.C. No.	
Dirección Domicilio:	Tel.:	
E-mail:	Cel.	
Cuenta Bancaria:	Banco:	

Vigencia del Contrato	Fecha Terminación: (dd/mm/aaaa):
Fecha Inicio: (dd/mm/aaaa):	

Población afiliada	Ampliación	Total Población afiliada
Continuidad		

Información adicional, discriminación de afiliados por contratistas:

Nombre EPS-s 1

8/1/10

8/1/10

Contratista	Desmovilizados		Menores ICBF desvinculados del conflicto armado		Desplazados		Indigenas		Rurales		Migratorios		Subsidio Parcial		Resto poblacion		Total	
	Cantidad	Ampliacion	Cantidad	Ampliacion	Cantidad	Ampliacion	Cantidad	Ampliacion	Cantidad	Ampliacion	Cantidad	Ampliacion	Cantidad	Ampliacion	Cantidad	Ampliacion	Cantidad	Ampliacion
EPS-S1																		
EPS-S2																		
EPS-S3																		
Caja de Comp. 1																		
Caja de Comp. 2																		
Caja de Comp. 3																		
Total																		

Valor del Contrato	
Valor UPC-S Vigente	Valor del contrato = Hasta por el que estime la entidad territorial por la vigencia con base en sus proyecciones del valor UPC x N° de registros validados en la base de datos: S

Fuentes de Financiación del Contrato De Cada Contratista

7.1 CONTINUIDAD	VALOR	7.2 AMPLIACIÓN	VALOR
7.1.2. Recursos artículo 217 de la Ley 100 de 1993, \$ administrados directamente por las CCF (Son recursos sin situación de fondos)			
TOTAL CONTINUIDAD			

Registro Presupuestal del Contrato			
Certificado De Disponibilidad Presupuestal			
Nº	Fecha	Nº.	Fecha

Interventoría

Nombre de la Firma Interventora Habilitada		NIT	
Representante Legal		C.C. No. De	

Firmas

El Contratista

El Contratista 1

Representante Legal de la Entidad Territorial

Representante Legal de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado

El Contratista 2

El Contratista 3

Representante Legal de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado

Representante Legal de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado