

**CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA**

**FORMATO 18**

**INFORMACION ESTADISTICA SOBRE EL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES SECTOR SALUD**

**FECHA DE REPORTE:** Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ **VIGENCIA FISCAL:** \_\_\_\_\_

**ENTIDAD TERRITORIAL:** \_\_\_\_\_ **CATEGORIA:** \_\_\_\_\_ **ADMINISTRADA POR:** \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO ANTES DEL 31-07-2001 :** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Poblacion total Municipio	Poblacion con necesidades basicas insatisfechas -NBI	Poblacion total sisbenizada					Listado Censal	Poblacion especial	Poblacion afiliada a las ARS	Poblacion carnetizada por las ARS	Población afiliada al régimen contributivo
		Nivel 1	Nive 2	Nivel 3	Otros	Total					

**RESPONSABLE:** Nombre: \_\_\_\_\_ No. Cédula de Ciudadanía: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección Correspondencia: \_\_\_\_\_



**CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA**  
**FORMATO 18-B**  
**INFORMACION CONTRACTUAL SOBRE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES SECTOR SALUD**  
**VIGENCIA FISCAL: \_\_\_\_\_**

**FECHA DE REPORTE:** Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

**ENTIDAD TERRITORIAL:** \_\_\_\_\_ **CATEGORIA:** \_\_\_\_\_

**ADMINISTRADA POR:** \_\_\_\_\_

CONTRATACION ENTE TERRITORIAL - ADMINISTRADORA DE REGIMEN SUBSIDIADO - A.R.S.																	
NOMBRE ADMINISTRADORA DEL REGIMEN SUBSIDIADO A.R.S.	REGISTRO PRESUPUESTAL INICIAL	FUENTE DE FINANCIACION			VALOR INICIAL	PLAZO (PERIODO DE CONTRATACION)	RESPONSABLE DE LA INTERVENTORIA	CARTERA ENTE TERRITORIAL ADMINISTRADORA DEL REGIMEN SUBSIDIADO A.R.S.			ACTA DE LIQUIDACION					OBSERVACIONES	
		SGP	FOSYGA	OTROS				60 DIAS	90 DIAS	MAS DE 120 DIAS	SI FECHA	NO	SALDO				
													A FAVOR	EN CONTRA	CANCELADO		CONCILIADO

**RESPONSABLE:** Nombre: \_\_\_\_\_ No. Cédula de Ciudadanía: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección Correspondencia: \_\_\_\_\_

**CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA**  
**FORMATO 18-C**  
**INFORMACION CONTRACTUAL SOBRE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES SECTOR SALUD**  
**VIGENCIA FISCAL: \_\_\_\_\_**

**FECHA DE REPORTE:** Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

**ENTIDAD TERRITORIAL:** \_\_\_\_\_ **CATEGORIA:** \_\_\_\_\_

**ADMINISTRADA POR:** \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO ANTES DEL 31-07-2001 :** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**CONTRATACION SALUD PUBLICA**

NUMERO CONTRATO/ OPS	REGISTRO PRESUPUESTA L INICIAL	VALOR INICIAL	PLAZO	RESPONSABLE DE LA INTERVENTORI A	CARTERA ENTE TERRITORIAL (CUENTAS POR PAGAR POR ESTE CONCEPTO			ACTA DE LIQUIDACION				OBSERVACIONES	
								SI FECHA	NO	SALDO			
					60 DIAS	90 DIAS	MAS DE 120 DIAS			A FAVOR	EN CONTRA		CANCELADO

**RESPONSABLE:** Nombre: \_\_\_\_\_ No. Cédula de Ciudadanía: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección Correspondencia: \_\_\_\_\_

**CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA  
FORMATO 18-D**

**INFORMACION CONTRACTUAL SOBRE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES SECTOR SALUD**

FECHA DE REPORTE: Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

VIGENCIA FISCAL: \_\_\_\_\_

ENTIDAD TERRITORIAL: \_\_\_\_\_ CATEGORIA: \_\_\_\_\_

ADMINISTRADA POR: \_\_\_\_\_

CERTIFICADO ANTES DEL 31-07-2001 : SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**POBLACION POBRE NO CUBIERTA CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA**

CONTRATISTA	REGISTRO PRESUPUESTAL INICIAL	FUENTE DE FINANCIACION			VALOR INICIAL	PLAZO (PERIODO DE CONTRATACION)	RESPONSABLE DE LA INTERVENTORIA	CUENTAS POR PAGAR ENTE TERRITORIAL - IPS PÚBLICAS Y PRIVADAS			ACTA DE LIQUIDACION				OBSERVACIONES
		SGP	FOSYGA	OTROS				SI FECHA	NO	SALDO					
										60 DIAS	90 DIAS	MAS DE 120 DIAS	A FAVOR	EN CONTRA	

RESPONSABLE: Nombre: \_\_\_\_\_ No. Cédula de Ciudadanía: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección Correspondencia: \_\_\_\_\_

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA							
FORMATO 18-E							
INFORME SOBRE LA DISTRIBUCION DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES - SECTOR SALUD - POR INSTITUCIONES (Pesos)							
FECHA DE REPORTE: Año _____ Mes _____ Día _____ ENTIDAD TERRITORIAL: _____ ADMINISTRADA POR: _____ CERTIFICADO ANTES DEL 31-07-2001 : SI _____ NO _____							
Contrataciones				Subsidio a la demanda	Prestación del Servicio a la población pobre	Acciones de salud Pública	Observaciones
Pública	Nivel	Privada	Nivel				

RESPONSABLE: Nombre: \_\_\_\_\_ No. Cédula de Ciudadanía: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección Correspondencia: \_\_\_\_\_