INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: 24 de Junio de 2021

TIPO DE CONTRATACION	SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTIA	**CONTRATO No.**	1423/2018	**No. PROCESO EN EL SECOP II**	SAMC 0073/2018-HOSMIL-SUMD PSIQUIATRIA

CONTRATO No. No **1423/2018**	**OBJETO:** PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, PARA PACIENTES DEL SUBSISTEMA DE FFMM, EN SITUACION DE DISCAPACIDAD MENTAL	**DATOS GENERALES DEL CONTRATO** **Fecha de suscripción: 28 DE Diciembre de 2018** **Valor inicial $ 20.545.574** **PRESUPUESTO ASIGNADO POR AÑO** **Año 2018: $ 20.545.574** **Año 2019: $ 544.164.201** **Año 2020: $ 560.489.127** **ADICIONES** **Año 2021: $ 100.000.000** **$ 100.000.000** **$ 180.000.000** **Reducciones** **1- $ 170.000.000** **2- $_____** **Valor Total $ 1.335.198.902** **Registro Presupuestal SIIF No. 586518 VF 88618 NET 5754** **Fecha: 24-12-2018** **CDP No. DINAMICA 1437 SIIF 131120 DEL 12/02/2020 154320 de 2020 y 151221 de 2021** **Garantía No.: 11-44-101146649** **Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A** **Fecha de aprobación de la Garantía: 11/12/2018** **Fecha de la notificación del Supervisor 11-12-2018** **Fecha del Acta de Inicio 11-12-2018** **Plazo de ejecución del Contrato 31/03/2021** **Vigencia del contrato: Igual al plazo de ejecución y seis (6) meses más.**
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: **FUNDAR**		**NIT/860.039.431-0** **Dirección: Carrera 16 N° 36-22** **Teléfono: 245 47 10 232 11 33 FAX 2882700** **Cuenta Bancaria No. 16502156033** **Banco: BANCOLOMBIA** **Clase de Cuenta: Ahorros _____Corriente __X___**

NOTA: Este contrato lo cedió REMY a FUNDAR; el valor facturado a Remy fue de $362.277.000 y el presupuesto que se le cedió a Fundar fue el saldo de Reserva por valor de $202.366.775 en el año 2019; el presupuesto del año 2020 por valor de $560.489.127 para un gran total de

$762.855.902 del cual se realizó una reducción de $170.000.000 quedando un saldo a favor de FUNDAR por valor de $592.855.902; en febrero de 2021 se realiza una adición por valor de $100.000.000 para un gran total a cargo de FUNDAR por valor de $692.855.902.

Forma de pago:

- Para contratos de obras, bienes e interventoría se trascribe la forma de pago del contrato, de acuerdo a lo estipulado en la respectiva cláusula del contrato (30, 60, 90) días.
- En el caso de personas jurídicas dentro de los sesenta (60) días calendario.
- En el caso de las personas naturales dentro de los 30 días calendario.

Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD AMBULATORIO	827	25/5/2021	N/A	1.100.822
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD AMBULATORIO	819	22/5/2021	N/A	3736.030
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD AMBULATORIO	829	25/5/2021	N/A	797.524
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD AMBULATORIO	831	25/5/2021	N/A	990.610
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD RESIDENCIAL	824	24/5/2021	N/A	839.086
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD RESIDENCIAL	823	24/5/2021	N/A	879.086
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD AMBULATORIO	826	24/5/2021	N/A	871.277
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD AMBULATORIO	837	27/5/2021	N/A	1.087.369
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD RESIDENCIAL	821	24/5/2021	N/A	3.862.980
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD RESIDENCIAL	825	24/5/2021	N/A	925.850
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD AMBULATORIO	820	24/5/2021	N/A	4.238414
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD RESIDENCIAL	835	25/5/2021	N/A	4.167.799
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD AMBULATORIO	834	25/5/2021	N/A	3.758.708
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD AMBULATORIO	833	25/5/2021	N/A	4.051.420
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD RESIDENCIAL	838	27/5/2021	N/A	4.120.255
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD RESIDENCIAL	818	22/5/2021	N/A	2.884.367
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD RESIDENCIAL	828	25/5/2021	N/A	803.772
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD RESIDENCIAL	822	24/5/2021	N/A	808.458
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD RESIDENCIAL	832	25/5/2021	N/A	4.371.771
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD AMBULATORIO	830	25/5/2021	N/A	815.706
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD RESIDENCIAL	817	22/5/2021	N/A	4.179.206
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD RESIDENCIAL	839	27/5/2021	N/A	4.261.966

Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD RESIDENCIAL	836	25/5/2021	N/A	4274.749
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD RESIDENCIAL	840	27/5/2021	N/A	70.000
TRATAMIENTO DE REHABILITACION MODALIDAD RESIDENCIAL	841	27/5/2021	N/A	767.094
TOTAL FACTURAS				**$ 58.664.319**
SALDO DEL CONTRATO QUE VIENE				**$ 239.807.954**
MENOS FACTURAS PARA PAGO				**$ 58.664.319**
SALDO DEL CONTRATO QUE PASA				**$ 181.143.635**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($58.664.319) CINCUENTA Y OCHO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS DIEZ Y NUEVE MIL PESOS MONEDA CORRIENTE.

Observaciones:
Que el Representante Legal mediante Carta de fecha **03 DE JUNIO DE 2021** certifica que se encuentra a paz y salvo de los aportes parafiscales de salud y ARL

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente; así mismo certifico que el contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo.

DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION Y SIN OBSERVACIONES LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS PREVISTOS EN EL CONTRATO DE LA REFERENCIA

NOTA 1: En el espacio correspondiente a la descripción del bien, obra o servicio a recibir, el supervisor debe indicar en forma amplia y detallada los bienes, obras o servicios que soportan el trámite a pago correspondiente.ec_

Observaciones: Se aprueba facturas para pago de prestación brindada a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en discapacidad mental por concepto de Rehabilitación Integral de Farmacodependencia por equipo multidisciplinario de profesionales de la salud mental dirigidos por psiquiatría en modalidad residencial, de clínica diurna y en modalidad ambulatoria posterior a los soportes aportados por el contratista.

NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR: Dr. GABRIEL HERNANDEZ KUNZEL

NUMERO DE CÉDULA: 79.437.799

FIRMA:

