MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL **FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA** **EJERCITO NACIONAL** **DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO** **DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE "HÉROES DE SUMAPAZ"**	**RAD. 2024342013707473** **INFORME DE SUPERVISIÓN N° 1 (MAYO - 2024)** **FECHA INFORME : (28/05/2024)**

1. INFORMACIÓN CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

No. CONTRATO: 256-DISANEJC-DMSOC-2024	**FECHA INICIO CTO: 29/02/2024**		**FECHA APROBACIÓN POLIZA: 28/02/2024**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC			**NIT o CC:** 860.011.298-5
PLAZO DE EJECUCIÓN:	El plazo estimado de ejecución del contrato HASTA EL 15 DE DICIEMBRE DE 2024, Dicho plazo se comenzará a contar a partir de la aprobación de la garantía única que ampara las obligaciones del contrato, de la expedición del Registro Presupuestal, la acreditación de los aportes parafiscales, y la suscripción del acta de inicio.	**LUGAR DE ENTREGA:**	La prestación de los servicios se realizará en las instalaciones de la CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC ubicada en la AC 8 Sur #31 A - 31, Ciudad Bogotá D.C. (Cundinamarca), teléfono: 601 7209040-9046

OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL, USUARIOS ADSCRITOS A LA REGIONAL 9 DEL SSFM PARA LA VIGENCIA 2024"

FORMA DE PAGO: El valor del contrato se cancelará en pagos parciales previa suscripción de las actas de recibo y visto bueno del supervisor del contrato, las cuales se cancelarán dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a su expedición, previo cumplimiento de los siguientes requisitos:
a. Suscripción del acta de recibo a satisfacción y visto bueno del supervisor del contrato.
b. Plan de abastecimiento presentado por la unidad.
c. Certificación de pago aportes a seguridad social y parafiscal debidamente certificados por el representante legal, contador y/o revisor fiscal.
d. Realizados los trámites administrativos de ley, El pago se realizará dentro de los sesenta (60) días siguientes a la presentación de la facturación que presente el contratista la cual deberá sujetarse a lo dispuesto en el código de comercio artículos 774, numeral 3 y artículo 777 y en el estatuto tributario
artículo 617.
e. Autorización de ¨PAC¨ por parte de la dirección de crédito público y el tesoro nacional.
f. Para ingresar a la aplicación de factura electrónica Olimpia IT debe acceder a la dirección: https://minhaciendafe.olimpiait.com con el correo electrónico que tiene asignado en la AN. Ejemplo: (aortiz@ani.gov.co). se anexa manual de Olimpia IT, con el paso a paso.
PARÁGRAFO PRIMERO. Éste pagos se consideran de contado por lo que no se aceptará el cobro de financiación en este caso.
PARÁGRAFO SEGUNDO. En el evento de prórroga para el desarrollo del objeto del contrato, se postergará el pago.
PARAGRAFO TERCERO: Se realizarán los pagos en la cuenta bancaria indicada por el contratista
Los pagos producto de la ejecución del presente contrato serán realizados a la CUENTA DE AHORROS DAMAS del Banco DAVIVIENDA No. 0550009000214651 a nombre de CTRO REHB ADULTOS CRAC identificado(a) con NIT: 8600112985.

2. MODIFICATORIOS

TIPO	VALOR	OBJETO DE LA MODIFICACION

3. VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR INICIAL	$	25.000.000,00
VALOR ADICIÓN	$	-
VALOR REDUCCIÓN	$	-
VALOR VIGENCIA FUTURA	$	-
VALOR TOTAL	$	25.000.000,00

4. INFORMACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: 37024	FECHA: 29/01/2024	VALOR: 25.000.000,00
REGISTRO PRESUPUESTAL N° 49324	FECHA: 27/02/2024	VALOR: 25.000.000,00

5. FACTURA PARA TRÁMITE A PAGO

No. FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICACIÓN	SUBTOTAL FACTURA	VALOR IVA	VALOR A PAGAR
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
			TOTAL A CANCELAR		**$ -**

6. FACTURACIÓN PROVENIENTE DE AUDITORÍA CUENTAS MÉDICAS

No. FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICADO	VALOR FACTURA	VALOR GLOSA	VALOR APROBADO POR AUDITORIA
35996	03/04/2024	20/05/2024	$ 140.047,00	$ -	$ 140.047,00
36194	08/04/2024	20/05/2024	$ 54.500,00	$ -	$ 54.500,00
36192	08/04/2024	20/05/2024	$ 223.000,00	$ 105.000,00	$ 118.000,00
36193	08/04/2024	20/05/2024	$ 105.000,00	$ 35.000,00	$ 70.000,00
35995	03/04/2024	20/05/2024	$ 745.996,00	$ 581.568,00	$ 164.428,00

35997	03/04/2024	20/05/2024	$ 140.000,00	$ 140.000,00	$ -
SUBTOTAL			**$ 1.408.543,00**	**$ 861.568,00**	**$ 546.975,00**

7. EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

CONCEPTO	V/R CONTRATO	VALOR CANCELADO	VALOR A TRAMITAR PAGO	VALOR PENDIENTE DE PAGO
VALOR CONTRATO U ORDEN COMPRA	$ 25.000.000,00			
SERVICIOS TERAPEUTICOS PRESTRADOS ABRIL 2024			$ 546.975,00	$ 24.453.025,00
				$ 24.453.025,00
TOTAL	**$ 25.000.000,00**	**$ -**	**$ 546.975,00**	
% DE EJECUCION VALOR CANCELADO	**0%**	**% DE EJECUCION VALOR A TRAMITAR PAGO**		**2%**

7.1. PAGOS EFECTUADOS CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR CONTRATADO	No. ORDEN DE PAGO	FECHA ORDEN PAGO	VALOR PAGADO	VALOR PENDIENTE DE PAGO
$ 25.000.000,00				$ 25.000.000,00
				$ 25.000.000,00
				$ 25.000.000,00
				$ 25.000.000,00

7.2. ESTADO FINANCIERO CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA	$ 25.000.000,00
VALOR CANCELADO	$ -
VALOR A TRAMITAR A PAGO	$ 546.975,00
VALOR SALDO CONTRATO	$ 24.453.025,00

8. RELACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS RECIBIDOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR GLOSA	VALOR TOTAL
1	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	28	24.232,00	-	678.496,00
2	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL (TTO BAJA VISION)	13	35.000,00	-	455.000,00
3	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	4	24.000,00	-	96.000,00
4	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	1	19.500,00		19.500,00
5	EVALUACIÓN BAJA VISIÓN SOD	1	140.047,00		140.047,00
6	CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL POR PRIMERA VEZ	1	19.500,00		19.500,00
TOTAL					**1.408.543,00**

10. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 256-DISANEJC-DMSOC-2024, SE RECIBIO LA FACTURA VENTA No. 35996-36194-36192-36193-35995-35997 POR PARTE DEL CONTRATISTA, EN DONDE SE REALIZARON 48 TERAPIAS CORRESPONDIENTES AL VALORACIÓN EN LA AREAS TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL (28)-TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL (TTO BAJA VISION) (13) -PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA (4) -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL(1)-EVALUACIÓN BAJA VISIÓN SOD (1)-CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL POR PRIMERA VEZ (1), RELACIONADOS DENTRO DEL CONTRATO DENTRO DE LOS HORARIOS ESTABLECIDOS, A LOS PACIENTES RELACIONADOS EN LOS SOPORTES, PARA SU VERIFICACION Y CONTROL.

10. NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANCIA

11. ANEXOS AL INFORME

SE ENTREGA ACTA DE RECIBO A SATISFACCION, INFORME DE SUPERVISION NO. 1
FACTURA CON RELACION Y SOPORTE DE LAS TERAPIAS REALIZADAS
PLANILLA DE PARAFISCALES
CERTIFICADO DE PARAFISCALES

CT. YENNY PAOLA MENDOZA MONCADA

Oficial Terapia Física, Rehabilitación y Coordinadora Atención al Ciudadano

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DESANIDAD EJÉRCITO
DISPENSARIO MÉDICO SUROCCIDENTE "HEROES DE SUMAPAZ"

RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES / SERVICIOS

Acta No 1 - 2024342013707743
Fecha: 28/05/2024

INFORMACION GENERAL	
Numero de Contrato – Orden de Compra	256-DISANEJC-DMSOC-2024
Nombre Contratista	CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC
Nit del contratista	860.011.298-5
Objeto del Contrato – Orden de Compra	"PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL, USUARIOS ADSCRITOS A LA REGIONAL 9 DEL SSFM PARA LA VIGENCIA 2024"
Forma y condiciones de pago	El valor del contrato se cancelará en pagos parciales previa suscripción de las actas de recibo y visto bueno del supervisor del contrato, las cuales se cancelarán dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a su expedición, previo cumplimiento de los siguientes requisitos: a. Suscripción del acta de recibo a satisfacción y visto bueno del supervisor del contrato. b. Plan de abastecimiento presentado por la unidad. c. Certificación de pago aportes a seguridad social y parafiscal debidamente certificados por el representante legal, contador y/o revisor fiscal. d. Realizados los trámites administrativos de ley, El pago se realizará dentro de los sesenta (60) días siguientes a la presentación de la facturación que presente el contratista la cual deberá sujetarse a lo dispuesto en el código de comercio artículos 774, numeral 3 y artículo 777 y en el estatuto tributario artículo 617. e. Autorización de ¨PAC¨ por parte de la dirección de crédito público y el tesoro nacional. f. Para ingresar a la aplicación de factura electrónica Olimpia IT debe acceder a la dirección: https://minhaciendafe.olimpiait.com con el correo electrónico que tiene asignado en la AN. Ejemplo: (aortiz@ani.gov.co). se anexa manual de Olimpia IT, con el paso a paso. PARÁGRAFO PRIMERO. Éste pagos se consideran de contado por lo que no se aceptará el cobro de financiación en este caso. PARÁGRAFO SEGUNDO. En el evento de prórroga para el desarrollo del objeto del contrato, se postergará el pago. PARAGRAFO TERCERO: Se realizarán los pagos en la cuenta bancaria indicada por el contratista Los pagos producto de la ejecución del presente contrato serán realizados a la CUENTA DE AHORROS DAMAS del Banco

	DAVIVIENDA No. 0550009000214651 a nombre de CTRO REHB ADULTOS CRAC identificado(a) con NIT: 8600112985.
Modificaciones al Contrato – Orden de Compra	**OMITIDO**
Nombre Supervisor Contrato – Orden de Compra	CT. YENNY PAOLA MENDOZA MONCADA
VALORES CONTRACTUALES	
Valor inicial del contrato	$ 25.000.000.00
Adición o reducción al contrato	$ 0
Valor Vigencia Futura	$ 0
Valor total del contrato	$ 25.000.000.00
TIEMPOS DE EJECUCIÓN	
Plazo de ejecución	El plazo estimado de ejecución del contrato HASTA EL 15 DE DICIEMBRE DE 2024, Dicho plazo se comenzará a contar a partir de la aprobación de la garantía única que ampara las obligaciones del contrato, de la expedición del Registro Presupuestal, la acreditación de los aportes parafiscales, y la suscripción del acta de inicio.
Prorroga plazo ejecución	N/A
FACTURAS A PAGAR	
Número de la factura	N/A
Fecha de la factura	N/A
Valor de la factura	N/A
Notas crédito	N/A
Notas debito	N/A
INFORMACIÓN AUDITORIA CUENTAS MEDICAS	
Número de la factura	35996-36194-36192-36193-35995-35997
Valor Facturación	$ 1.408.543,00
Valor Glosado	$ 861.568,00
Valor a pagar del valor glosado	$ 0
Valor aceptado del valor glosado	$ 0
VALOR FINAL A PAGO	
Valor a pagar	$ 546.975,00
Afectación de recurso (CSF-SSF)	R16 SSF
BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO - ORDEN DE COMPRA	
Valor total contrato	$ 25.000.000,00
Valor pagado al contratista	$ 0
Valor tramitado a pago	$ 546.975,00
Saldo del contrato	$ 24.453.025,00
APORTES PARAFISCALES	
Número de la planilla	75996309
Fecha de pago de la planilla	05/03/2024
Periodo salud	2024-04
Periodo pensión	2024-03
Certificación de aportes (revisoría fiscal o representante legal)	GLADYS LOPERA RESTREPO Representante Legal S. GERMAN TOVAR Revisor Fiscal
Fecha de la certificación	17/04/2024
RECIBIDO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO	

<table>
<tr><td>Obligaciones Cumplidas</td><td>
<table>
<tr><th>DESCRIPCION</th><th>CANTIDAD</th><th>VALOR UNITARIO</th><th>VALOR GLOSA</th><th>VALOR TOTAL</th></tr>
<tr><td>TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL</td><td>28</td><td>24.232,00</td><td>-</td><td>678.496,00</td></tr>
<tr><td>TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL (TTO BAJA VISION)</td><td>13</td><td>35.000,00</td><td>-</td><td>455.000,00</td></tr>
<tr><td>PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA</td><td>4</td><td>24.000,00</td><td>-</td><td>96.000,00</td></tr>
<tr><td>CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL</td><td>1</td><td>19.500,00</td><td></td><td>19.500,00</td></tr>
<tr><td>EVALUACIÓN BAJA VISIÓN SOD</td><td>1</td><td>140.047,00</td><td></td><td>140.047,00</td></tr>
<tr><td>CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL POR PRIMERA VEZ</td><td>1</td><td>19.500,00</td><td></td><td>19.500,00</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Actividades realizadas</td><td>EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 256-DISANEJC-DMSOC-2024, SE RECIBIO LA FACTURA VENTA No. 35996-36194-36192-36193-35995-35997 POR PARTE DEL CONTRATISTA, EN DONDE SE REALIZARON 48 TERAPIAS CORRESPONDIENTES AL VALORACIÓN EN LA AREAS TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL (28)-TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL (TTO BAJA VISION) (13) -PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA (4) -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL(1)-EVALUACIÓN BAJA VISIÓN SOD (1)-CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL POR PRIMERA VEZ (1), RELACIONADOS DENTRO DEL CONTRATO DENTRO DE LOS HORARIOS ESTABLECIDOS, A LOS PACIENTES RELACIONADOS EN LOS SOPORTES, PARA SU VERIFICACIÓN Y CONTROL.</td></tr>
</table>

Anexos:

- Planillas aportes parafiscales
- Certificado del Revisor fiscal
- Informe de Supervisión (1 folio)
- Factura Electrónica de Venta 35996-36194-36192-36193-35995-35997

DATOS DEL SUPERVISOR (FINANCIERO-TÉCNICO-JURIDICO)	
Firma	
Grado - nombre y apellidos	CT. YENNY PAOLA MENDOZA MONCADA