MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE "HÉROES DE SUMAPAZ"	INFORME DE SUPERVISIÓN N° 3 2024342018936683 (JULIO - 2024) FECHA INFORME : (23/07/2024)

1. INFORMACIÓN CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

No. CONTRATO: 258-DISANEJC-DMSOC-2024	**FECHA INICIO CTO: 29/02/2024**		**FECHA APROBACIÓN POLIZA: 29/02/2024**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CORPORACION SINDROME DE DOWN			**NIT o CC:** 800.037.619-0
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 CORPORACION SINDROME DOWN ubicada en la Carrera 49 # 99-10, Ciudad Bogotá D.C. (Cundinamarca), teléfono: 3125226979

OBJETO DEL CONTRATO: "SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES DE APOYO TERAPEUTICO PARA LA REHABILITACIÓN/HABILITACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD COGNITIVA (INTELECTUAL) SINDROME DE DOWN DE 0 A 18 AÑOS DE EDAD, USUARIOS DEL SSFM ASIGNADOS A LA DIRECCIÓN DE SANIDAD EJC – REGIONAL 9 -DMGEM EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ"

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 del Banco BANCOLOMBIA No. 20785693098 a nombre de CORPORACION SINDROME DOWN identificado(a) con NIT: 800.037.619-0.

2. MODIFICATORIOS

TIPO	VALOR	OBJETO DE LA MODIFICACION

3. VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR INICIAL	$	80.000.000,00
VALOR ADICIÓN	$	-
VALOR REDUCCIÓN	$	-
VALOR VIGENCIA FUTURA	$	-
VALOR TOTAL	$	80.000.000,00

4. INFORMACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: 37724	FECHA: 29/01/2024	VALOR: 80.000.000,00
REGISTRO PRESUPUESTAL N° 49124	FECHA: 27/02/2024	VALOR: 80.000.000,00

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
35615	20/06/2024	19/07/2024	$ 987.000,00	$ -	$ 987.000,00
35616	20/06/2024	19/07/2024	$ 863.600,00	$ -	$ 863.600,00
35617	20/06/2024	19/07/2024	$ 282.700,00	$ -	$ 282.700,00
35618	20/06/2024	19/07/2024	$ 929.100,00	$ -	$ 929.100,00
35619	20/06/2024	19/07/2024	$ 572.200,00	$ -	$ 572.200,00

35620	20/06/2024	19/07/2024	$ 319.400,00	$ -	$ 319.400,00
35621	20/06/2024	19/07/2024	$ 456.400,00	$ -	$ 456.400,00
35622	20/06/2024	19/07/2024	$ 523.000,00	$ -	$ 523.000,00
35623	20/06/2024	19/07/2024	$ 787.200,00	$ -	$ 787.200,00
35624	20/06/2024	19/07/2024	$ 803.800,00	$ -	$ 803.800,00
35625	20/06/2024	19/07/2024	$ 1.389.600,00	$ -	$ 1.389.600,00
35626	20/06/2024	19/07/2024	$ 495.000,00	$ -	$ 495.000,00
35627	20/06/2024	19/07/2024	$ 789.800,00	$ -	$ 789.800,00
35628	20/06/2024	19/07/2024	$ 347.400,00	$ -	$ 347.400,00
SUBTOTAL			**$ 9.546.200,00**	**$ -**	**$ 9.546.200,00**

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	$ 80.000.000,00			
SERVICIOS TERAPEUTICOS PRESTRADOS MARZO 2024		$ 6.078.100,00		$ 73.921.900,00
SERVICIOS TERAPEUTICOS PRESTRADOS ABRIL 2024		$ 8.377.900,00		$ 65.544.000,00
SERVICIOS TERAPEUTICOS PRESTRADOS MAYO 2024			$ 9.546.200,00	$ 55.997.800,00
TOTAL	**$ 80.000.000,00**	**$ 14.456.000,00**	**$ 9.546.200,00**	
% DE EJECUCION VALOR CANCELADO	**18%**	**% DE EJECUCION VALOR A TRAMITAR PAGO**		**12%**

7.1. PAGOS EFECTUADOS CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR CONTRATADO	No. ORDEN DE PAGO	FECHA ORDEN PAGO	VALOR PAGADO	VALOR PENDIENTE DE PAGO
$ 80.000.000,00	187498924	14/06/2024	$ 6.078.100,00	$ 73.921.900,00
	223069824	10/07/2024	$ 8.377.900,00	$ 65.544.000,00
				$ 65.544.000,00
				$ 65.544.000,00

7.2. ESTADO FINANCIERO CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA	$ 80.000.000,00
VALOR CANCELADO	$ 14.456.000,00
VALOR A TRAMITAR A PAGO	$ 9.546.200,00
VALOR SALDO CONTRATO	$ 55.997.800,00

8. RELACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS RECIBIDOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR GLOSA	VALOR TOTAL
1	TERAPIA INDIVIDUAL	86	24.600,00	-	2.115.600,00
2	TERAPIA GRUPAL	320	19.300,00	-	6.176.000,00
3	SESIONES DE PSICOLOGIA INDIVIDUAL	51	24.600,00	-	1.254.600,00
4	TERAPIA SESIÓN ORIENTACIÓN FAMILIAR	0		-	-
5	VALORACION POR TODAS LAS AREAS	0	270.000,00	-	-
TOTAL					**9.546.200,00**

10. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 258-DISANEJC-DMSOC-2024, SE RECIBIERON LAS FACTURAS DE VENTA No. 35615-35616-35617-35618-35619-35620-35621-35622-35623-35624-35625-35626-35627-35628 POR PARTE DEL CONTRATISTA, EN DONDE SE REALIZARON 547 TERAPIAS CORRESPONDIENTES AL VALORACIÓN EN LA AREAS DE TERAPIA FISICA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DEL LENGUAJE Y PSICOLOG( ), TERAPIA INDIVIDUAL (86), TERAPIA GRUPAL (320), y SESIONES DE PSICOLOGIA (51) 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. 3
FACTURA CON RELACION Y SOPORTE DE LAS TERAPIAS REALIZADAS
PLANILLA DE PARAFISCALES
CERTIFICADO DE PARAFISCALES

CT. YENNY PAOLA MENDOZA MONCADA
Oficial Terapia Física, Rehabilitacion 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 3: **2024342008481546**
Fecha: 23/07/2024

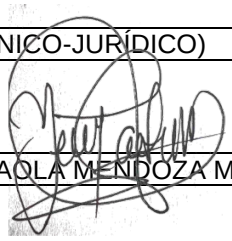
INFORMACION GENERAL	
Numero de Contrato – Orden de Compra	258-DISANEJC-DMSOC-2024
Nombre Contratista	CORPORACIÓN SÍNDROME DE DOWN
Nit del contratista	800.037.619-0
Objeto del Contrato – Orden de Compra	"SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES DE APOYO TERAPEUTICO PARA LA REHABILITACIÓN/HABILITACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD COGNITIVA (INTELECTUAL) SÍNDROME DE DOWN DE 0 A 18 AÑOS, USUARIOS DEL SSFM ASIGNADOS A LA DIRECCIÓN DE SANIDAD EJC – REGIONAL 9 -DMGEM EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ"
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. PARÁGRAFO 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 del Banco BANCOLOMBIA No. 20785693098 a nombre de CORPORACIÓN SÍNDROME DOWN identificado(a) con NIT: 800.037.619-0.

Modificaciones al Contrato – Orden de Compra	**OMITIDO**
Nombre Supervisor Contrato – Orden de Compra	CT. YENNY PAOLA MENDOZA MONCADA
VALORES CONTRACTUALES	
Valor inicial del contrato	$ 80.000.000.00
Adición o reducción al contrato	$ 0
Valor Vigencia Futura	$ 0
Valor total del contrato	$ 80.000.000.00
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	35615-35616-35617-35618-35619-35620-35621-35622-35623-35624-35625-35626-35627-35628
Valor Facturación	$ 9.546.200,00
Valor Glosado	$ 0
Valor a pagar del valor glosado	$ 0
Valor aceptado del valor glosado	$ 0
VALOR FINAL A PAGO	
Valor a pagar	$ 9.546.200,00
Afectación de recurso (CSF-SSF)	R16 SSF
BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO - ORDEN DE COMPRA	
Valor total contrato	$ 80.000.000,00
Valor pagado al contratista	$ 14.456.000,00
Valor tramitado a pago	$ 9.546.200,00
Saldo del contrato	$ 55.997.800,00
APORTES PARAFISCALES	
Número de la planilla	N/A
Fecha de pago de la planilla	31/03/2024
Periodo salud	2024-05
Periodo pensión	2024-04
Certificación de aportes (revisoría fiscal o representante legal)	DORLY MARYULY MUÑOZ MOSQUERA Revisor Fiscal
Fecha de la certificación	31/05/2024
RECIBIDO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO	

<table>
<tr><td>Obligaciones Cumplidas</td><td>
<table>
<tr><th colspan="5">RELACION NUMERO DE TERAPIAS DE ACUERDO A FACTURACIÓN</th></tr>
<tr><th colspan="5">RELACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS RECIBIDOS</th></tr>
<tr><th>ITEM</th><th>DESCRIPCION</th><th>CANTIDAD</th><th>VALOR UNITARIO</th><th>VALOR TOTAL</th></tr>
<tr><td>1</td><td>TERAPIA INDIVIDUAL</td><td>86</td><td>$ 24.600,00</td><td>$ 2.115.600,00</td></tr>
<tr><td>2</td><td>TERAPIA GRUPAL</td><td>320</td><td>$ 19.300,00</td><td>$ 6.176.000,00</td></tr>
<tr><td>3</td><td>SESIÓN PSICOLOGÍA INDIVIDUAL</td><td>51</td><td>$ 24.600,00</td><td>$ 1.254.600,00</td></tr>
<tr><td>4</td><td>TERAPIA SESION ORIENTACIÓN FAMILIAR</td><td></td><td>$ -</td><td>$ -</td></tr>
<tr><td>5</td><td>VALORACION POR TODAS LAS ÁREAS</td><td></td><td>$ 270.000,00</td><td>$ -</td></tr>
<tr><td colspan="4">VALOR TOTAL FACTURADO MAYO 2024 258-DISANEJC-DMSOC-2024</td><td>$ 9.546.200,00</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Actividades realizadas</td><td>EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 258-DISANEJC-DMSOC-2024, SE RECIBIERON LAS FACTURAS DE VENTA No. 35615-35616-35617-35618-35619-35620-35621-35622-35623-35624-35625-35626-35627-35628 POR PARTE DEL CONTRATISTA, EN DONDE SE REALIZARON 547 TERAPIAS CORRESPONDIENTES AL VALORACIÓN EN LA AREAS DE TERAPIA FISICA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DEL LENGUAJE Y PSICOLOG( ), TERAPIA INDIVIDUAL (86), TERAPIA GRUPAL (320), y SESIONES DE PSICOLOGIA (51) RELACIONADOS DENTRO DEL CONTRATO DENTRO DE LOS HORARIOS ESTABLECIDOS, A LOS PACIENTES RELACIONADOS EN LOS SOPORTES, PARA SU VERIFICACION Y CONTROL.</td></tr>
</table>

Anexos:

- Planillas aportes parafiscales
- Certificado del Revisor fiscal
- Informe de Supervisión (1 folio)
- Factura Electrónica de Venta 35615-35616-35617-35618-35619-35620-35621-35622-35623-35624-35625-35626-35627-35628

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

Personería Jurídica 8007 de 1998 Min. Salud
Nit. 800.037.619 – 0
Sede La Castellana Cra. 49 No 99 -10 PBX 7560475
Sede Villas Cra 57C N. 128 – 03 Tel 6241873
direccion@corporacionsindromededown.org
www.corporacionsindromededown.org
Bogotá, D.C

El Revisor Fiscal de la
CORPORACIÓN SÍNDROME DE DOWN

C E R T I F I C A:

Que la empresa **CORPORACION SINDROME DE DOWN** identificada con **NIT**. **800.037.619-0,** se encuentra a PAZ y SALVO por todo concepto y efectuó durante los últimos seis (6) meses el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, en cumplimiento con la **Ley 789/02**.

Se expide en Bogotá, D.C., a los treinta días (30) días del mes de abril del año 2024

Dorly Maryuly Muñoz Mosquera
Revisor fiscal
Matrícula 72059- T
C.C. 39.653.935 de Bogotá.

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383

Personería Jurídica 8007 de 1998 Min. Salud
Nit. 800.037.619 – 0
Sede La Castellana Cra. 49 No 99 -10 PBX 7560475
Sede Villas Cra 57C N. 128 – 03 Tel 6241873
direccion@corporacionsindromededown.org
www.corporacionsindromededown.org
Bogotá, D.C

El Revisor Fiscal de la
CORPORACIÓN SÍNDROME DE DOWN

C E R T I F I C A:

Que la empresa **CORPORACION SINDROME DE DOWN** identificada con **NIT**. **800.037.619-0,** se encuentra a PAZ y SALVO por todo concepto y efectuó durante los últimos seis (6) meses el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, en cumplimiento con la **Ley 789/02**.

Se expide en Bogotá, D.C., a los treinta y un días (31) días del mes de mayo del año 2024

Dorly Maryuly Muñoz Mosquera
Revisor fiscal
Matrícula 72059- T
C.C. 39.653.935 de Bogotá.

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383