CONTRATO O CONVENIO No.	419-ARC-DISAN-DHONAC-2024
FECHA FIRMA CONTRATO	26/08/2024
CONTRATISTA:	CLÍNICA LA TRINIDAD S.A.S
NIT:	812.002.958-5
FECHA ENTREGA INFORME SUPERVISIÓN	10/11/2024
PERÍODO INFORME DE SUPERVISIÓN	01/10/2024 – 31/10/2024

1. OBJETO DEL CONTRATO O CONVENIO	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD PARA EL PERSONAL DE USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL DISPENSARIO MEDICO NIVEL I COVEÑAS

1.1. MODIFICACIONES AL CONTRATO O CONVENIO

No. MODIFICATORIO	FECHA MODIFICATORIO	MOTIVO DEL MODIFICATORIO
01	31/10/2024	PRORROGA EN TIEMPO

2. RELACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL ITEM INCLUIDO IVA
				VALOR TOTAL	

2.1. OBSERVACIONES

Al momento no se han recibido facturas para realizar la auditoria y posterior cuenta de cobro.

3. VALOR CONTRATO O CONVENIO

VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO:	$123.120.000,00
VALOR ADICIÓN CONTRATO O CONVENIO:	$,00
VALOR TOTAL CONTRATO O CONVENIO:	$123.120.000,00

3.1 DISCRIMINACIÓN DEL VALOR

TIPO DE CONTRATO	VALOR EN $
PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD PARA EL PERSONAL DE USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL DISPENSARIO MEDICO NIVEL I COVEÑAS	$123.120.000,00

3.2. OBSERVACIONES

No se presentan observaciones

3.3. DESCRIPCIÓN DETALLADA AMORTIZACIÓN ANTICIPO

No se presentan observaciones

4 RELACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

VIGENCIA PRESUPUESTAL	CDP No.	FECHA CDP	VALOR CDP	CRP No.	FECHA CRP	VALOR CRP
2024	72524	12/06/2024	$123.120.000	84224	28/08/2024	$123.120.000

4.1. OBSERVACIONES

No se presentan observaciones

5 DATOS ENTIDAD BANCARIA CONTRATISTA

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA
DAVIVIENDA	CUENTA CORRIENTE	156269997037

6 PLAZO DE EJECUCIÓN

PLAZO EJECUCIÓN CONTRATO O CONVENIO	31/10/2024
PLAZO DE DURACIÓN	02 (MESES)
PRÓRROGA PLAZO DE EJECUCIÓN	(02 MESES MODIFICATORIO DE FECHA 31/10/2024
FECHA FINALIZACIÓN CONTRATO OCONVENIO	31/12/2024

7 RESUMEN PÓLIZAS

PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO No.	4001249-6
FECHA EXPEDICIÓN:	30 DE AGOSTO DE 2024
FECHA EXPEDICIÓN:	30 DE AGOSTO DE 2024
ASEGURADORA:	SURAMERICANA

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO	30/08/2024	03/03/2025	36.936.000
PAGO SALARIO	30/08/2024	31/10/2027	6.156.000
CALIDAD DEL SERVICIO	30/08/2024	03/03/2025	36.936.000

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL No.	0977428-1
FECHA EXPEDICIÓN:	30 DE AGOSTO DE 2024
FECHA EXPEDICIÓN:	30 DE AGOSTO DE 2024
ASEGURADORA:	SURAMERICANA

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS	30/08/2024	31/10/2024	$260.000.000

8. RELACIÓN FACTURAS PRESENTADAS SERVICIOS DE SALUD

8.1 FACTURAS RECIBIDAS POR EL SUPERVISOR

FECHA DE ENTREGA POR EL CONTRATISTA	No DE FACTURA	FECHA FACTURA	CANTIDAD PACIENTES ATENDIDOS	VALOR FACTURA
			VALOR TOTAL	$00

8.2 FACTURAS ENTREGADAS POR EL SUPERVISOR AL ÁREA DE AUDITORIA (ACRE)

FECHA DE ENTREGA A ÁREA DE AUDITORIA POR EL SUPERVISOR	No DE FACTURA	FECHA FACTURA	CANTIDAD PACIENTES ATENDIDOS	VALOR FACTURA
			VALOR TOTAL	$00

8.3 FACTURAS RADICADAS PARA TRAMITE DE PAGO

FECHA DE ENTREGA POR EL SUPERVISOR AL ÁREA DE CONTRATOS	No DE FACTURA	FECHA FACTURA	CANTIDAD PACIENTES ATENDIDOS	VALOR FACTURA
			VALOR TOTAL	$00

9. FACTURAS PAGADAS

CONTRATADO				PAGADO			
TIPO DE PAGO	VIGENCIA	VALOR $	OBLIGACIÓN No.	FECHA OBLIGACIÓN	ORDEN DE PAGO No.	FECHA ORDEN DE PAGO	VALOR PAGADO

10. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO O CONVENIO	$123.120.000
VALOR TOTAL EJECUTADO	$00
SALDO DEL CONTRATO	$123.120.000
PRESUPUESTO TRAMITADO	

VALOR PAGADO AL CONTRATISTA	$00
VALOR PENDIENTE POR PAGAR AL CONTRATISTA	$00
SALDO POR LIBERAR	$00

OBSERVACIONES

No se envían facturas del periodo

10. RELACIÓN DETALLADA DE LOS BIENES Y SERVICIOS RECIBIDOS

SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES.

11. ACTIVIDADES REALIZADAS

Se solicita al contratista facturas para ser enviadas a auditorias de cuentas medicas

12. APORTES PARAFISCALES

Se anexa documento correspondiente a parafiscales del mes de septiembre 2024.

13. CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRATISTA

El contratista cumplió con el pago de parafiscales

14. NOVEDADES Y/O INFORMACIÓN RELEVANTE

No se presentan observaciones

15. AVANCE TOTAL DEL PROYECTO (SI APLICA)

16. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN (SI APLICA)

17. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

N/A

18. ANEXOS
Se anexan soportes de parafiscales del mes de septiembre 2024

19. ÁLBUM FOTOGRÁFICO (SI APLICA)

N/A



CFASOD SANDRA DEL PILAR VELANDIA VACA

SUPERVISOR No. 419-ARC-DISAN-DHONAC-2024

CC. 52424955 de Cartagena-Bolívar

Dispensario Médico Nivel I Coveñas

sandra.velandia@armada.mil.co

CERTIFICACION DE APORTES PARAFISCALES CLINICA LA TRINIDAD SAS. NIT 812.002.958-5

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, todo lo consignado a continuación queda previsto bajo la gravedad de juramento.

En mi calidad de Revisor Fiscal de la Institución denominada CLINICA LA TRINIDAD SAS, identificada con Nit 812.002.958-5, registrada en cámara de Comercio de Montería, ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto al sistema de seguridad social, y de pensiones, en las ocasiones en que ha dado lugar a dichos pagos, en cuanto a salud, pensión y riesgos laborales, al igual se ha realizado el pago a los aportes parafiscales a las cajas de Compensación Familiar, al Sena y al instituto de bienestar familiar ICBF debidamente como se encuentra estipulado en la norma.

Se firma en Lorica, Córdoba a los 17 días del mes de Octubre de 2024, con destino a quien pueda interesar.



ROLANDO MANUEL MADERA ROMERO
CC 92.529.890
Revisor Fiscal

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 812002958	5	CLINICA LA TRINIDAD SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	LORICA	SANTA CRUZ DE LORICA	LORICA-CORDOBA	7735554	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-10	966383321	9475033889	E	2024/10/15	2024/10/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$5,183,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: LORICA 01 (5 Afiliados)																							$12,200,000	$1,952,000			$13,500,000	$1,687,500			$13,500,000	$540,000			$13,500,000		$329,100		$13,500,000	$675,000		$5,183,600
Centro de Trabajo: (III) 2.43600 (5 Afiliados)																							$12,200,000	$1,952,000			$13,500,000	$1,687,500			$13,500,000	$540,000			$13,500,000		$329,100		$13,500,000	$675,000		$5,183,600
Ciudad: LORICA Depto: CORDOBA (5 Afiliados)																							$12,200,000	$1,952,000			$13,500,000	$1,687,500			$13,500,000	$540,000			$13,500,000		$329,100		$13,500,000	$675,000		$5,183,600
1	CC	1072525807	GARCES POLO LICETH YAMILE																		230301	30	$1,700,000	$272,000	EPS002	30	$1,700,000	$212,500	CCF16	30	$1,700,000	$68,000	14-23	30	$1,700,000	2.436%	$41,500	30	$1,700,000	$85,000	No	$679,000
2	CC	1235241668	GONZALEZ MOSQUERA ARMANDO JOSE																		25-14	30	$2,500,000	$400,000	EPS002	30	$2,500,000	$312,500	CCF16	30	$2,500,000	$100,000	14-23	30	$2,500,000	2.436%	$60,900	30	$2,500,000	$125,000	No	$998,400
3	CC	72184079	IGUARAN LAGUNA MILTON DARIO																		230301	30	$4,500,000	$720,000	EPS010	30	$4,500,000	$562,500	CCF16	30	$4,500,000	$180,000	14-23	30	$4,500,000	2.436%	$109,700	30	$4,500,000	$225,000	No	$1,797,200
4	CC	92529890	MADERA ROMERO ROLANDO MANUEL																		230301	30	$3,500,000	$560,000	EPS048	30	$3,500,000	$437,500	CCF16	30	$3,500,000	$140,000	14-23	30	$3,500,000	2.436%	$85,300	30	$3,500,000	$175,000	No	$1,397,800
5	CC	30649703	SIBAJA GARCES CARMEN																			0	$0	$0	EPS002	30	$1,300,000	$162,500	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	30	$1,300,000	$65,000	No	$311,200
Total			**Afiliados(5)**																				$12,200,000	$1,952,000			$13,500,000	$1,687,500			$13,500,000	$540,000			$13,500,000		$329,100		$13,500,000	$675,000		$5,183,600

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 812002958	5	CLINICA LA TRINIDAD SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	LORICA	SANTA CRUZ DE LORICA	LORICA-CORDOBA	7735554	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-10	966383321	9475033889	E	2024/10/15	2024/10/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$5,183,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$1,952,000	$0	$0	$1,952,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$400,000	$0	$0	$400,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$1,552,000	$0	$0	$1,552,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$329,100	$0	$0	$329,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	5	$329,100	$0	$0	$329,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$540,000	$0	$0	$540,000
COMFACOR	CCF16	891,080,005	1	5	$540,000	$0	$0	$540,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$1,687,500	$0	$0	$1,687,500
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	1	$437,500	$0	$0	$437,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$562,500	$0	$0	$562,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$687,500	$0	$0	$687,500
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$405,000	$0	$0	$405,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	5	$405,000	$0	$0	$405,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$270,000	$0	$0	$270,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	5	$270,000	$0	$0	$270,000
TOTAL				5	$5,183,600	$0	$0	$5,183,600