UNIDAD Y/O DEPENDENCIA: CAMAN- ESM1882

FECHA INFORME: Día: __05___ Mes: ___06_____. Año: __2025___

CONTRATO N°. ___007-00-M-CAMAN-ESM-1882-2025_____

CONTRATISTA: ___ NOVECIENTOS ONCE S.A.S._____

VALOR DEL CONTRATO: ___91.000.000,00 M/CTE ___

FORMA DE PAGO: _ El MDN pagará al contratista el valor del contrato mediante pagos parciales, así:

PAC MES	Valor $
PAC MARZO 2025	$8.272.727,27 Aproximadamente según requerimiento del servicio
PAC ABRIL 2025	$8.272.727,27 Aproximadamente según requerimiento del servicio
PAC MAYO 2025	$8.272.727,27 Aproximadamente según requerimiento del servicio
PAC JUNIO 2025	$8.272.727,27 Aproximadamente según requerimiento del servicio
PAC JULIO 2025	$8.272.727,27 Aproximadamente según requerimiento del servicio
PAC AGOSTO 2025	$8.272.727,27 Aproximadamente según requerimiento del servicio
PAC SEPTIEMBRE 2025	$8.272.727,27 Aproximadamente según requerimiento del servicio
PAC OCTUBRE 2025	$8.272.727,27 Aproximadamente según requerimiento del servicio
PAC NOVIEMBRE 2025	$8.272.727,27 Aproximadamente según requerimiento del servicio
PAC DICIEMBRE 2025	$8.272.727,27 Aproximadamente según requerimiento del servicio
PAC CXP 2025 PAGADERAS EL PRIMER TRIMESTRE DE 2026	$8.272.727,27 Aproximadamente según requerimiento del servicio

___ _____

FECHA FIRMA CONTRATO: Día __05__. Mes __02__ Año _2025_.

OBJETO DEL CONTRATO: SERVICIO DE TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA TERRESTRE BÁSICA Y/O MEDICALIZADA, PARA LOS PACIENTES DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 1882 CAMAN - ESUFA.

CONTRATO MODIFICATORIO N/A: (repetir esta información por cada modificatorio efectuado)

FECHA DE FIRMA: _N/A___

ASPECTOS OBJETO DE MODIFICACION: __ N/A __

PLAZO Y CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL CONTRATO:

Plazo Ejecución Contractual, desde el _ A partir de la suscripción del acta de inicio, hasta el __31 de diciembre 2025 y/o hasta agotar el presupuesto, lo primero que ocurra.

Porcentaje Avance en tiempo: 33.86%

Porcentaje de Ejecución (con relación a los bienes y/o servicios recibidos): 11.47%

AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO:

Recursos Girados: (relacionar los pagos realizados a la fecha del informe)

1. Pago No. 1 mediante orden de pago No. 24220025
2. Pago No. 2 mediante orden de pago No.161119925

Porcentaje de pagos realizados: 6.35%

Porcentaje de pagos pendientes de realizar: _88.53%

PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
MARIA CAMILA ROMAN REYES	MEDICO	1015449631

ORLANDO ALBERTO CARDONA ROJAS	CONDUCTOR	80429750
OSCAR WILLIAM GONZALEZ MURCIA	AUXILIAR ENFERMERIA	80538855
JUAN CARLOS PANESSO PINTO	MEDICO	1073254054
ANGELA PAOLA APARICIO ACOSTA	AUX. ENFEREMERIA	101273290
SANTIAGO GONZALEZ GUACANEME	AUX. ENFEREMERIA	1027151172

INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA O PROBLEMAS EN LA EJECUCIÓN ATRIBUIBLES AL CONTRATISTA:

No __x____ Sí _____

Describir sucintamente los hechos de incumplimiento y las acciones emprendidas:

INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA FAC O PROBLEMAS EN LA EJECUCIÓN ATRIBUIBLES A LA FAC:

No _x__. Sí ____.

Describir sucintamente los hechos de incumplimiento y las acciones emprendidas:

___N/A_____

LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO ESTA ESTRUCTURADO SOBRE UN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

No __X__ Sí ____

(En caso afirmativo deberá anexarse el cronograma con el porcentaje de avance de cada tarea o actividad).

DESEMPEÑO DEL CONTRATISTA AJUSTADO A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LOS DOCUMENTOS DEL CONTRATO (PLIEGO DE CONDICIONES, INVITACION PUBLICA, SOLICITUD DE OFERTA, OFERTA, CONTRATO Y OTROS DOCUMENTOS)

No ____ Sí __X___

En caso negativo explicar detalladamente las razones por las cuales no se ha dado cumplimiento a los términos y condiciones por parte del contratista:

_____
_____
_____

DESCRIPCION DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS E INFORME DE TRABAJOS REALIZADOS POR EL CONTRATISTA DENTRO DEL PERIODO ANALIZADO EN EL PRESENTE INFORME DE SUPERVISIÓN
(Listar actividades específicas realizadas)
Durante el mes de Mayo 2025 EL CONTRATISTA REALIZÒ LA ATENCIÒN DE: *01 Traslado Básico Simple diurno* (TAB), traslado del CAMAN al Hospital Militar Central Bogotá, y *01 Traslado Básico Simple diurno (TAB) fin de semana o festivo* desde Madrid a Hospital Militar Central Bogotá, *02 Traslados Básicos Simples Nocturnos (TAB) fin de semana o festivo* desde Facatativá a Hospital Militar Central Bogotá, y desde Hospital Militar Central Bogotá a Mosquera respectivamente, *03 Traslados Medicalizados Simples Diurno (TAM)* así: a) Desde Madrid a Mosquera, b) Desde Mosquera a Hospital Militar Central Bogotá, c) Desde CAMAN a Hospital Militar Central Bogotá respectivamente, los anteriores servicios se prestaron a pacientes que se encuentran adscritos en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, asignados al Establecimiento de Sanidad Militar 1882.

ANEXOS SOPORTES DEL PAGO O PAGOS REALIZADOS DENTRO DEL PERIODO ANALIZADO EN EL PRESENTE INFORME DE SUPERVISION (SOPORTES DE LA FACTURACION).
(Cuando se trate de contratos de servicios de transporte (terrestre, aéreo y fluvial) servicios de operadores logísticos o cuyo objeto obedezca a servicios logísticos, servicios de atención de eventos institucionales)

DESCRIPCION DETALLADA DE TRABAJOS PENDIENTES Y OBSERVACIONES:
(Listar actividades específicas pendientes y demás aspectos a tener en cuenta sobre la ejecución del contrato)
Por respuesta del nivel central de la Jefatura de Salud mediante oficio No. FAC-S-2025-073903-CI. A partir del cual se asigna auditor de cuentas medicas a presente contrato, así mismo como consecuencia adicional a lo anterior ordenan desde el área del Departamento de Contratos del CAMAN, a través de la gerente del proyecto realizar oficio No.FAC-S-2025-078910-CI con solicitud de modificatorio para delegar a una persona responsable de la autorización del servicio, mientras se encuentre en ejecución el presente objeto de contrato, y se realiza modificatorio con fecha 23 abril 2025, Objeto del contrato modificatorio: Realizar modificatorio en cuanto a la persona que realiza la autorización del servicio, debe ser diferente a la que supervisa. La persona destinada como encargada de autorizar los servicios es la y/o el médico general ESM CAMAN.

SEGUIMIENTO A RIESGOS:
"¿En el periodo de ejecución reportado existe la posibilidad de materialización de algún riesgo, atendiendo la matriz de riesgos definida en los estudios y documentos previos?

SI: _____ **NO:** _____**x**_____

En el evento que la respuesta sea afirmativa, se requiere se anexe el correspondiente soporte documental para su posterior ajuste y tratamiento, el cual deberá ser verificado por el supervisor del contrato en los siguientes informes de supervisión.

NOMBRE SUPERVISOR: CT. CORAL CORDOBA DIANA CRISTINA

FIRMA:

C.C. No. 1018434128

DEPENDENCIA: CAMAN – ESM1882

VoBo. Gerente del Proyecto Firma: _____
My. Niyereth Rocio Rocha Osorio
Jefe ESM 1882

NOTA: El presente formato deberá ser diligenciado, en su totalidad de forma obligatoria.