CONTRATO No.	296-ARC-DISAN-DHONAC-2024
FECHA FIRMA CONTRATO	16/ABRIL/2024
CONTRATISTA:	CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE SUCRE S.A.S
NIT:	900.217.343-9
FECHA ENTREGA INFORME SUPERVISIÓN	01 SEP/2024
PERÍODO INFORME DE SUPERVISIÓN	01 AGO/2024 – 31 AGO/2024

1. OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE OFTALMOLOGÍA Y SUBESPECIALIDADES OFTÁLMICAS DE CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y QUIRÚRGICO, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LOS DISPENSARIOS MÉDICOS NIVEL I COROZAL.

1.1. MODIFICACIONES AL CONTRATO

No. MODIFICATORIO	FECHA MODIFICATORIO	MOTIVO DEL MODIFICATORIO
N/A	**N/A**	**N/A**

2. RELACIÓN DE SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL ÍTEM INCLUIDO IVA
1	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE OFTALMOLOGÍA Y SUBESPECIALIDADES OFTÁLMICAS DE CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y QUIRÚRGICO, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LOS DISPENSARIOS MÉDICOS NIVEL I COROZAL.	-	$45.000.000,00	N/A	$45.000.000,00
VALOR TOTAL					**$45.000.000,00**

2.1. OBSERVACIONES

Se tramita cuenta por el contratista para proceso de pago, sin ninguna novedad relevante.

3. VALOR DEL CONTRATO

VALOR DEL CONTRATO:	$45.000.000,00
VALOR ADICIÓN CONTRATO:	$0,00
VALOR REDUCCIÓN CONTRATO:	$0,00
VALOR TOTAL CONTRATO:	$45.000.000,00

3.1 DISCRIMINACIÓN DEL VALOR

TIPO DE CONTRATO	VALOR EN $
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	$45.000.000,00

3.2. OBSERVACIONES

N/A.

3.3. DESCRIPCIÓN DETALLADA AMORTIZACIÓN ANTICIPO

N/A

4 RELACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

VIGENCIA PRESUPUESTAL	CDP No.	FECHA CDP	VALOR CDP	CRP No.	FECHA CRP	VALOR CRP
2024	59324	30/01/2024	$45.000.000,00	56524	19/04/2024	$45.000.000,00

4.1. OBSERVACIONES

N/A

5 DATOS ENTIDAD BANCARIA CONTRATISTA

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA
BANCO DE OCCIDENTE	Corriente	897001541

6 PLAZO DE EJECUCIÓN

PLAZO EJECUCIÓN CONTRATO	DEL 23/04/2024 HASTA EL 30/09/2024
PLAZO DE DURACIÓN	161 DÍAS
PRÓRROGA PLAZO DE EJECUCIÓN	N/A
FECHA FINALIZACIÓN CONTRATO	30/09/2024

7 RESUMEN PÓLIZAS

PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO No.	53-44-101031465
FECHA EXPEDICIÓN:	18/04/2024
ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO S.A.

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO	16/04/2024	30/01/2025	13.500.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	16/04/2024	30/01/2025	13.500.000,00
PRESTACIONES SOCIALES	16/04/2024	30/09/2027	2.250.000,00

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.	53-40-101010345
FECHA EXPEDICIÓN:	18/04/2024
ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO S.A.

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	16/04/2024	30/09/2024	$260.000.000,00

8. RELACIÓN FACTURAS PRESENTADAS SERVICIOS DE SALUD

N/A

8.1 FACTURAS RECIBIDAS POR EL SUPERVISOR

FECHA DE ENTREGA POR EL CONTRATISTA	No DE FACTURA	FECHA FACTURA	CANTIDAD PACIENTES ATENDIDOS	VALOR FACTURA
08/08/2024	1S70350	05/06/2024	199	$ 22.639.947,00
22/08/2024	1S71599	08/07/2024	3	$ 606.354,00
VALOR TOTAL				$ 23.246.301,00

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

FECHA DE ENTREGA POR EL CONTRATISTA	No DE FACTURA	FECHA FACTURA	CANTIDAD PACIENTES ATENDIDOS	VALOR FACTURA
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
VALOR TOTAL				N/A

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
08/08/2024	1S70350	05/06/2024	199	$ 22.639.947,00
22/08/2024	1S71599	08/07/2024	3	$ 606.354,00
VALOR TOTAL				$ 23.246.301,00

9. FACTURAS PAGADAS

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

*Tipo de Pago: Acuerdo clausula valor y forma de pago de debe indicar cono quedo registrado. Ejemplo: Parcial, Mensual, Total etc.

*Para lo ITEMS Obligación No., fecha obligación, orden de pago, fecha orden de pago, valor pagado, es información suministrada por el área de tesorería o su equivalente en los ESM ARC.

10. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 45.000.000,00

VALOR TOTAL EJECUTADO	$ 23.246.301,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA	$ 23.246.301,00
VALOR PENDIENTE POR PAGAR AL CONTRATISTA	$00
SALDO POR LIBERAR	$ 21.753.699,00

OBSERVACIONES

N/A

10. RELACIÓN DETALLADA DE LOS BIENES Y SERVICIOS RECIBIDOS

N/A

11. ACTIVIDADES REALIZADAS

Se realiza visita periódica a las instalaciones del contratista con el fin de verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

12. APORTES PARAFISCALES

N/A

13. CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRATISTA

EL CONTRATISTA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE SUCRE S.A.S, CUMPLIÓ CON LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS Y DERIVADAS DEL CONTRATO Y DENTRO DEL TERMINO OTORGADO PARA TAL FIN, POR LO CUAL ME PERMITO DECLARAR QUE NO HAY LUGAR A LA APLICACIÓN DE MULTAS, INDEMNIZACIONES O INTERESES EN SU CONTRA.

14. NOVEDADES Y/O INFORMACIÓN RELEVANTE

Se proyecta primer modificatorio para prórroga del contrato hasta el 31 DIC/2024 y una adición presupuestal de $ 22.500.000,00.

15. AVANCE TOTAL DEL PROYECTO

N/A

16. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

N/A

17. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

SIN OBSERVACIONES RELEVANTES.

18. ANEXOS

Orden de pago presupuestal (SIIF - NACIÓN) No. 324835824 del 17/09/2024

19. ÁLBUM FOTOGRÁFICO

N/A

CAPITAN DE CORBETA YURY NATALIA ROJAS LARA
SUPERVISOR CONTRATO No. 296-ARC-DISAN-DHONAC-2024

CLINICA OFTALMOLOGICA DE SUCRE

CERTIFICACIÓN DE AFILIACION, PAGO A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

(ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002)

En mi condición de Revisor Fiscal de: **CLINICA OFTALMOLOGICA DE SUCRE S.A.S**, identificada con Nit. 900217343-9, certifico que nos encontramos afiliados y estamos al día, con los pagos por concepto de los aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Igualmente certifico que se encuentra al día en el cumplimiento de la obligación de contratación de aprendices. Correspondiente a los meses de mayo, junio y julio del 2024

Planilla de pago N° 9467009274, 9469847306 y 9471211044, operador de pago: Aportes en línea

CLINICA OFTALMOLOGICA DE SUCRE

Dada en Sincelejo Sucre a los diez (10) días del mes agosto del año 2024.

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA

REVISOR FISCAL
Firma_____
Nombre: JORGE A. MEDINA MERCADO
C.C. N°: 1.103.217.046
Tarjeta Profesional No. 189075-T