CONTRATO O CONVENIO No.	307- ARC-DISAN-DHONAC-2025
FECHA FIRMA CONTRATO	18/03/2025
CONTRATISTA:	ISABEL CRISTINA GIL BELALCAZAR
NIT:	51.617.269 de Bogotá D.C
FECHA ENTREGA INFORME SUPERVISIÓN	04 DE JULIO 2025
PERÍODO INFORME DE SUPERVISIÓN	12 DE JUNIO AL 12 DE JULIO 2025

1. OBJETO DEL CONTRATO O CONVENIO	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ALERGOLOGÍA EXTRAMURAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA

1.1. MODIFICACIONES AL CONTRATO O CONVENIO

No. MODIFICATORIO	FECHA MODIFICATORIO	MOTIVO DEL MODIFICATORIO

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

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL ITEM INCLUIDO IVA
1	CONSULTA ESPECIALIZADA DE ALERGOLOGÍA PRIMERA VEZ	1 SESIÓN	$ 70.000,00		$ 70.000,00
2	CONSULTA ESPECIALIZADA DE ALERGOLOGÍA CONTROL	1 SESIÓN	$ 70.000,00		$ 70.000,00
3	PRUEBA INTRADÉRMICA DE ALERGIA (PRUEBAS CUTÁNEAS)	1 SESIÓN	$ 190.000,00		$ 190.000,00
4	TEST DE PARCHE	1 SESIÓN	$ 230.000,00		$ 230.000,00
5	TRATAMIENTO MENSUAL INMUNOTERAPIA	1 SESIÓN	$ 190.000,00		$ 190.000,00
6	TEST DE PROVOCACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ORAL AMBULATORIO	1 SESIÓN	$ 400.000,00		$ 400.000,00
7	TEST DE PROVOCACIÓN A MEDICAMENTOS (AINES) INTRAHOSPITALARIOS CON DISPONIBILIDAD DE EQUIPO RCP Y UCI	1 SESIÓN	$ 2.100.000,00		$ 2.100.000,00
				VALOR TOTAL	**$ 3.250.000,00**

2.1. OBSERVACIONES

NO HAY OBSERVACIONES

3. VALOR CONTRATO O CONVENIO

VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO:	40.000.000,00
VALOR ADICIÓN CONTRATO O CONVENIO:	
VALOR TOTAL CONTRATO O CONVENIO:	40.000.000,00

3.1 DISCRIMINACIÓN DEL VALOR

TIPO DE CONTRATO	VALOR EN $
PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS	40.000.000,00

3.2. OBSERVACIONES

NO HAY OBSERVACIONES

3.3. DESCRIPCIÓN DETALLADA AMORTIZACIÓN ANTICIPO

NO APLICA

4 RELACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

VIGENCIA PRESUPUESTAL	CDP No.	FECHA CDP	VALOR CDP	CRP No.	FECHA CRP	VALOR CRP
2025	42225	28/01/2025	40.000.000,00	41525	24/03/2025	40.000.000,00

4.1. OBSERVACIONES

NO HAY OBSERVACIONES

5 DATOS ENTIDAD BANCARIA CONTRATISTA

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA
DAVIVIENDA	AHORRO	0550056200036384

6 PLAZO DE EJECUCIÓN

PLAZO EJECUCIÓN CONTRATO O CONVENIO	31 DE AGOSTO DE 2025
PLAZO DE DURACIÓN	31 DE AGOSTO DE 2025
PRÓRROGA PLAZO DE EJECUCIÓN	N/A
FECHA FINALIZACIÓN CONTRATO O CONVENIO	CUATRO (04) MESES SIGUIENTES AL PLAZO DE EJECUCION

7 RESUMEN PÓLIZAS

PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO No.	4234824
FECHA EXPEDICIÓN:	19 DE MARZO DE 2025
FECHA EXPIRACIÓN:	31 DICIEMBRE 2025
ASEGURADORA:	SURA

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	19/03/2025	31/12/2025	8.000.000,00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	18/03/2025	31/08/2028	2.000.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	18/03/2025	31/08/2028	8.000.000,00

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL No.	013001007724
FECHA EXPEDICIÓN:	18 DE MARZO 2025
FECHA EXPIRACIÓN:	31 DE AGOSTO 2025
ASEGURADORA:	SURA

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	18/03/2025	31/08/2025	284.700.000

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL – CLINICAS Y HOSPITALES No.	4032
FECHA EXPEDICIÓN:	01 DE OCTUBRE 2024
FECHA EXPIRACIÓN:	01 DE OCTUBRE 2025
ASEGURADORA:	HDI SEGUROS

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	01/10/2024	01/10/2025	500.000.000,00

8. RELACIÓN FACTURAS PRESENTADAS SERVICIOS DE SALUD (CONTRATOS RELACIONADOS CON AUDITORIA)

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	

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
04/07/2025	FEIG-530	12/06/2025	54	$ 7.020.000,00
			VALOR TOTAL	$ 7.020.000,00

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
03/06/2025	FEIG-519	09/05/2025	31	$ 4.640.000,00
04/07/2025	FEIG-530	12/06/2025	54	$ 7.020.000,00
			VALOR TOTAL	$ 11.660.000,00

9. FACTURAS PAGADAS

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

*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 O CONVENIO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO O CONVENIO	$ 40.000.000,00
VALOR TOTAL EJECUTADO	$ 0.00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA	-$ 4.640.000,00
VALOR PENDIENTE POR PAGAR AL CONTRATISTA	$ 7.020.000,00
SALDO POR LIBERAR	0,00
SALDO CONTRATO	$ 28.340.000,00

OBSERVACIONES

NO HAY OBSERVACIONES

10. RELACIÓN DETALLADA DE LOS BIENES Y SERVICIOS RECIBIDOS

NO APLICA

11. ACTIVIDADES REALIZADAS

SE REALIZARON 54 CONSULTAS A PACIENTES EN EL MES DE JUNIO

12. APORTES PARAFISCALES

PLANILLA NO. 7970807262 CORRESPONDIENTE MES MAYO/2025

13. CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRATISTA

CONTRATISTA CUMPLE SATISFACTORIAMENTE CON SUS OBLIGACIONES.

14. NOVEDADES Y/O INFORMACIÓN RELEVANTE

SIN NOVEDAD.

15. AVANCE TOTAL DEL PROYECTO (SI APLICA)

NO APLICA

16. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN (SI APLICA)7841621941

NO APLICA

17. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

18. ANEXOS

1. PLANILLA APORTES PARAFISCALES.

19. ÁLBUM FOTOGRÁFICO (SI APLICA)

NO APLICA

TN DIANA NUÑEZ FLETCHER
JEFE SERVICIO DERMATOLOGIA
DIVISIÓN SERVICIOS ASISTENCIALES HONAC

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51617269
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ISABEL CRISTINA GIL BELALCAZAR		GIL BELALCAZAR
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGENA	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	BARCELONA DE INDIA MZ 6 CASA	TELÉFONO:	6653123
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7970807262**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/06/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1528215953

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 1.830.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 1.830.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 76.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 76.500**

Planilla Pagada

VALOR SIN MORA:	**$ 1.906.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.906.800**