UNIDAD Y/O DEPENDENCIA: ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 850018103082 GACAS

FECHA INFORME: Día: 27 Mes: 05 Año: 2025

CONTRATO N°. 120-01-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA- 2024 LOTE 1

CONTRATISTA: INSTITUTO DE FRACTURAS S.A.S

VALOR DEL CONTRATO: $5.000.000,00

FORMA DE PAGO: Desembolsos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en parciales con los siguientes cortes:

1. Hasta el 31 de Octubre de 2024
2. Hasta el 30 de Noviembre de 2024
3. Hasta el 31 de Diciembre de 2024

Y fecha de pago los 60 días siguientes a la fecha de APROBACIÓN de la factura y sus documentos soporte, Así
mismo previa prestación del servicio facturado y revisión de la facturación y soportes por parte de la Auditoría de la FAC, por lo anterior, la factura debe cumplir con los requisitos legales vigentes establecidos por la DIAN y con el valor dentro de las tarifas pactadas correspondiente al mes inmediatamente anterior dentro de los quince (15) días del mes siguiente a la prestación de los servicios, en la Jefatura Salud ubicada en la Avenida Caracas No. 66-24 ó donde funcione, acompañada de los siguientes documentos: Resumen de la Atención; debidamente firmada por quien recibió el servicio; Fotocopia del documento de identidad de quien recibió el servicio; fotocopia del carné y/o constancia de trámite del mismo que acredite derechos a la prestación del servicio expedida por el CENAF; copia de evolución de las unidades de cuidados intermedios; y lista de los pacientes atendidos con los siguientes datos: NOMBRE DEL USUARIO, DOCUMENTO DE IDENTIDAD y copia de autorización del servicio emanada por el Establecimiento de Sanidad Militar, el informe estadístico de conformidad con lo establecido en el Decreto 2334/00 (R.I.P.S), recibo de pago mensual del personal utilizado en la prestación del servicio, o las demás normas que la adicionen o modifiquen. Previa prestación del servicio se adjuntara para su pago:
1. Recibo a Satisfacción emitido por el supervisor del contrato, y después de agotados todos los trámites administrativos a que haya lugar:
2. Certificación de pago al Sistema General de Seguridad Social Integral (Pago de aportes en Salud, Pensión y Sistema de Riesgos Laborales) y de Aportes Parafiscales (ICBF, SENA, Caja de Compensación Familiar), la cual debe ser expedida por el revisor fiscal de la empresa o el representante legal de la misma, en cumplimiento del Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la ley 828 de 2003 y el Articulo 23 de la Ley 1150 de 2007 3. La publicación en el SECOP II de la factura por el contratista una vez sea aprobada y radicada por la entidad.

FECHA FIRMA CONTRATO: Día 03 Mes 10 Año 2024

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, A TRAVÉS DE RED EXTERNA PARA LOS USUARIOS ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL GRUPO AÉREO DEL CASANARE, SEGÚN ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

CONTRATO MODIFICATORIO No. 01

FECHA DE FIRMA: 27/12/24

ASPECTOS OBJETO DE MODIFICACION: Sustitución del contrato

PLAZO Y CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL CONTRATO:

Plazo Ejecución Contractual, desde el 03/10 /2024 hasta el 31/03/2025

CONTRATO MODIFICATORIO No. 02

FECHA DE FIRMA: 30/05/25

ASPECTOS OBJETO DE MODIFICACION: Prorroga del contrato

PLAZO Y CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL CONTRATO:

Plazo Ejecución Contractual, desde el 03/10 /2024 hasta el 31/07/2025

Porcentaje Avance en tiempo: _77,77___%

Porcentaje de Ejecución (con relación a los bienes y/o servicios recibidos): __77,77__%

AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO:

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

Porcentaje de pagos realizados: _____75_____%

Porcentaje de pagos pendientes de realizar: ____25_____%

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
N/A	N/A	N/A

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:

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)
Se realiza radicación de facturación sin ningún inconveniente teniendo en cuenta los servicios prestados durante el presente mes según lo indicado por el contratista.

CONSECUTIVO	VALOR DE LA FACTURA	NÚMERO FACTURA
1	FEY 17919	$429,300.00
2	FEY 17920	$400,680.00
3	FEY 17921	$171,720.00
4	FEY 17922	$200,340.00
5	FEY 17924	$28,620.00
6	FEY 17925	$28,620.00
		$1,259,280.00

ANEXOS SOPORTES DEL PAGO O PAGOS REALIZAD OS 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)
N/A

DESCRIPCION DETALLADA DE TRABAJOS PENDIENTES Y OBSERVACIONES:
(Listar actividades específicas pendientes y demás aspectos a tener en cuenta sobre la ejecución del contrato)
N/A

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: LEIDY BLANCO PERDOMO

FIRMA: 

C.C. No. 1022434041

DEPENDENCIA: ESM

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

LISTA DE CHEQUEO SUPERVISIÓN CONTRATOS ESTATALES

ASPECTOS GENERALES IMPORTANTES A TENER EN CUENTA:

- Al supervisor le corresponde la coordinación, vigilancia y control de la ejecución del objeto contratado, para garantizar que las obligaciones contractuales se cumplan
- El supervisor debe revisar los documentos y antecedentes del contrato a suscribir, los derechos y obligaciones de las partes.
- La presente lista de chequeo es una **GUIA** para el cumplimiento de la supervisión del contrato con los controles mínimos que debe realizar el personal de supervisor. Por lo anterior, se deberá tener en cuenta las funciones asignadas en la Resolución de designación como supervisor y la normatividad contractual vigente.

ITEM	SEGUIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	Acto administrativo designación supervisor de contrato	**X**		
2	Documentos soporte perfeccionamiento y ejecución del contrato (Contrato, CRP, Garantías contractuales y su aprobación)	**X**		
3	Lectura y revisión de la minuta del contrato, especificaciones técnicas, otros…	**X**		
4	Verificar y aprobar la existencia de las condiciones técnicas para iniciar la ejecución del contrato (por ejemplo, revisión hojas de vida del personal que ejecutará el contrato según lo estipulado, planos, diseños, licencias, cronogramas, estudios, cálculos; si aplica)			N/A

ITEM	SEGUIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
5	Acta de inicio firmada por las dos partes, la cual deberá ser anexada al expediente contractual; si aplica	**X**		
6	Verificar el cumplimiento de las obligaciones del contratista en materia de seguridad social y parafiscales (si aplica), salud ocupacional, planes de contingencia, normas ambientales y cualquier otro requisito aplicable según la naturaleza del contrato.	**X**		
7	Evidencias de ejecución de las actividades contratadas según especificaciones y anexos técnicos	**X**		
8	Instrucciones al contratista por escrito (evidencias) de acuerdo a lo establecido en el contrato y sus especificaciones técnicas	**X**		
9	Verificar que el contratista suministre y mantenga el personal y/o equipo ofrecido con las condiciones e idoneidad pactadas inicialmente y exigir su reemplazo en condiciones equivalentes cuando fuese necesario	**X**		
10	Informes de supervisión de acuerdo a la periodicidad que se establece según la naturaleza del contrato y de acuerdo a lo establecido en la Resolución de nombramiento como supervisor	**X**		
11	Informes oportunos sobre incumplimiento del contrato o novedades presentadas en la ejecución del mismo	**X**		
12	Acta de liquidación del contrato o constancia de no liquidación, según corresponda			N/A

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	CÓDIGO:	DE-DEAJU-FR-027
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN BIENES Y SERVICIOS EN GENERAL	VERSIÓN N°:	04
		VIGENCIA:	30-07-2024