UNIDAD Y/O DEPENDENCIA: __ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR_- CACOM 1___

FECHA INFORME: Día: __5___ Mes: ___DICIEMBRE_____. Año: ___2025_____

CONTRATO N°. No.006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025

CONTRATISTA: ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3

VALOR DEL CONTRATO: TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 30´000.000,00)

FORMA DE PAGO: La entidad pagará al contratista el valor del contrato, según los siguientes cortes:

No	Fecha de corte	MES PAC	VALOR
1	31 DE MARZO DE 2025	MAYO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
2	30 DE ABRIL DE 2025	JUNIO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
3	31 DE MAYO DE 2025	JULIO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
4	30 DE JUNIO DE 2025	AGOSTO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
5	31 DE JULIO DE 2025	SEPTIEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
6	31 DE AGOSTO DE 2025	OCTUBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
7	30 DE SEPTIEMBRE DE 2025	NOVEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
8	31 DE OCTUBRE DE 2025	DICIEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
9	30 DE NOVIEMBRE DE 2025	DICIEMBRE 2025 y/o Cuentas por Pagar 2025 Pagaderas en el Primer Bimestre 2026	SEGÚN FACTURACIÓN
10	23 DE DICIEMBRE DE 2025	DICIEMBRE 2025 y/o Cuentas por Pagar 2025 Pagaderas en el Primer Bimestre 2026	HASTA POR EL VALOR RESTANTE DEL CONTRATO

FECHA FIRMA CONTRATO: Día __14____. Mes __03_____. Año ___2025____.

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA.

CONTRATO MODIFICATORIO No.: N/ A

FECHA DE FIRMA: ____**N / A**_____

ASPECTOS OBJETO DE MODIFICACION: _____**N / A**_____

PLAZO Y CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL CONTRATO:

Plazo Ejecución Contractual, desde el __27/03/2025____ hasta el __23/12/2025_____

Porcentaje Avance en tiempo: __91,51__ %

Porcentaje de Ejecución (con relación a los bienes y/o servicios recibidos): ____18,01_____%

AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO:

Porcentaje de pagos realizados: __26,59___%

Porcentaje de pagos pendientes de realizar: ___82,55 ____%

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
DANIELA GALVIS BALLESTEROS	FISIOTERAPEUTA	1053844001
CAROLINA GALEANO HERNANDEZ	FISIOTERAPEUTA	38286827
YUDY ANDREA LEON BETANCURT	TERAPEUTA RESPIRATORIA	24714042
ESTELLA CHARRY MOSQUERA	TERAPEUTA OCUPACIONAL	30345951
LUZ ADRIANA GIRALDO LLANOS	TERAPEUTA OCUPACIONAL	52262326
ESTEFANIA TOBAR FUERTES	FONOAUDIOLOGA	1112470738

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

No ___X___ Sí _____

Describir sucintamente los hechos de incumplimiento y las acciones emprendidas:

__N /A_____

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:

__N/A_____

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)
A la fecha del presente informe la entidad realizo la valoración por el servicio de terapia integral, pendiente radicación de cuentas con corte 30 de septiembre, 31 de octubre y 30 de noviembre del 2025.

Total, terapias pagadas a la fecha de los meses: Marzo, abril, mayo, junio, julio y agosto.

Abril

TERAPIA	INTRAMURAL	EXTRAMURAL	TOTAL
TERAPIA FISICA	4		4
TERAPIA FONOAUDIOLOGICA	4		4
TOTAL	8		8

Mayo

TERAPIA	INTRAMURAL	EXTRAMURAL	TOTAL
TERAPIA FISICA	1		1
TERAPIA FONOAUDIOLOGICA	7		7
TOTAL	10		10

Junio

TERAPIA	INTRAMURAL	EXTRAMURAL	TOTAL
TERAPIA FISICA	1		1
TERAPIA FONOAUDIOLOGICA	4		4
TERAPIA OCUPACIONAL	1		1
TOTAL	6		6

Julio

TERAPIA	INTRAMURAL	EXTRAMURAL	TOTAL
TERAPIA FISICA	3		3
TERAPIA FONOAUDIOLOGICA	21		21
TERAPIA OCUPACIONAL	14		14
TOTAL	38		38

Agosto

TERAPIA	INTRAMURAL	EXTRAMURAL	TOTAL
TERAPIA FISICA	3		3
TERAPIA FONOAUDIOLOGICA	20		20
TERAPIA OCUPACIONAL	18		18
TOTAL	41		41

Pendiente radiación de facturas correspondientes a los cortes 30 septiembre, 31 octubre y 30 noviembre, las cuales han sido solicitadas por medio del correo electrónico clinicaarmony@gmail.com y siauclinicaarmony@gmail.com a la fecha del presente informe de supervisión, no se ha obtenido respuesta por parte de la entidad.

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)

No Aplica

DESCRIPCION DETALLADA DE TRABAJOS PENDIENTES Y OBSERVACIONES:
(Listar actividades específicas pendientes y demás aspectos a tener en cuenta sobre la ejecución del contrato)
Las siguientes son las obligaciones del contratista derivado del presente contrato:

Desarrollar y cumplir el objeto del contrato, en las condiciones de calidad, oportunidad, y obligaciones definidas en el mismo.
Actuar siempre sobre la base de los principios de lealtad, honestidad, respeto, buena fe, oportunidad y transparencia, en beneficio de la Fuerza Aeroespacial Colombiana- COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1.

Mantener la reserva y la confidencialidad sobre la información que conozca con ocasión de la ejecución del contrato. Está obligación estará vigente por el término del contrato y dos (2) años más, cualquiera que sea la causa de terminación.
Cargar en el SECOP II las facturas generadas en la ejecución del contrato de acuerdo en los especificado en la Guía Gestión Contractual – Proveedores de CCE.

El contratista debe mantener vigente durante el término de la ejecución del contrato la habilitación que lo acredite como prestador de los servicios de Terapia Integral Intramural y Extramural emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social para la prestación del servicio el mismo se realizará a través de sesión o evento, esto cumpliendo con lo establecido en el Decreto 441 del 2022 Artículo 2.5.3.4.2.1 NUMERAL 2.2. Así como el cumplimiento del NUMERAL 2.3 La capacidad instalada y disponible asociada a los servicios habilitados y NUMERAL 2.4. La oferta de servicios y tecnologías en salud. El contratista obligatoriamente deberá contar con un Establecimiento de Salud debidamente habilitado en la región Puerto Salgar Cundinamarca o Dorada Caldas, para prestar el servicio de terapias integrales, con el fin de brindar una atención óptima y con calidad a los usuarios y beneficiarios del Establecimiento de sanidad Militar del CACOM1, requisito fundamental para dar inicio al contrato.

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:	ST. BONET CABARCAS YERLIS KARINA
FIRMA:	
C.C. No.	1093788602
DEPENDENCIA:	ESM CACOM1

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)	**X**		
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**		

ITEM	SEGUIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
8	Instrucciones al contratista por escrito (evidencias) de acuerdo a lo establecido en el contrato y sus especificaciones técnicas	**N/A**	**N/A**	
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		**N/A**	
12	Acta de liquidación del contrato o constancia de no liquidación, según corresponda		**N/A**	