UNIDAD Y/O DEPENDENCIA: ESM CACOM 3

FECHA INFORME: Día: 05 Mes: 01 Año: 2026.

CONTRATO N°. No 021-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-CACOM3ESM81052-2025

CONTRATISTA: CLINICA DE LA COSTA

VALOR DEL CONTRATO: $ 141.000.000

FORMA DE PAGO:

1.1 El valor del contrato es por la suma de CIENTO CUARENTA Y UN MILLÓNES DE PESOS $140.000.000,00, distribuidos así: UN MILLONES DE PESOS ($1.000.000,00) para la vigencia 2025 y CIENTO CUARENTA MILLONES DE PESOS ($140.000.000,00) para la vigencia 2026 de acuerdo con la oferta presentada y discriminada así:

1.2 El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales

IMPUTACION PRESUPUESTAL						DESCRIPCIONDEL BIEN O SERVICIO	VALOR TOTAL	CDP No.
CTA PROG	SUBC SUBP	OBJG PROY	ORD SPRY	SUB ORD	REC			
02	02	02	009	003	10	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	$1.000.000	3125 (2025-12-12)
02	02	02	009	003	10	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	$140.000.000	VIGENCIA FUTURA

1.3 LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AÉREA COLOMBIANA pagará al contratista el valor total del contrato así:

PAGO	CORTE	PAC	VALOR
1	28 DE FEBRERO 2026	MARZO DE 2026	De acuerdo con los servicios prestados y facturados.
2	31 DE MARZO 2026	ABRIL DE 2026	
3	30 DE ABRIL 2026	MAYO DE 2026	
4	31 DE MAYO 2026	JUNIO DE 2026	
5	30 DE JUNIO 2026	JULIO DE 2026	
6	31 DE JULIO 2026	AGOSTO DE 2026	
7	31 DE AGOSTO 2026	SEPTIEMBRE DE 2026	
8	30 DE SEPTIEMBRE 2026	OCTUBRE DE 2026	
9	31 DE OCTUBRE 2026	NOVIEMBRE DE 2026	
10	30 DE NOVIEMBRE 2026	DICIEMBRE DE 2026	

El desembolso se efectuará, previo el cumplimiento de los trámites administrativos y recibo de satisfacción por parte del supervisor del contrato. La forma de pago establecida no será obstáculo para que, una vez cumplida la entrega a satisfacción, EL MINISTERIO pueda efectuar el pago con anterioridad, si llegare a existir disponibilidad de recursos en el PAC, sin necesidad de modificar el presente contrato y mediante decisión unilateral del MINISTERIO.

Notas:

1. El pago al Contratista se realizará previa presentación de la facturación, el acta de recibo a satisfacción suscrito por el Supervisor del Contrato y demás trámites administrativos a que haya lugar. Por lo tanto, la Entidad no se hace responsable por las demoras presentadas en el trámite para el pago al Contratista cuando ellas fueren ocasionadas por encontrarse incompleta la documentación de soporte o no ajustarse a cualquiera de las condiciones establecidas en el Contrato.
2. Para la realización de los pagos por parte del Ministerio de Defensa – Fuerza Aeroespacial Colombiana se requiere la acreditación, por parte del revisor fiscal o del representante legal (según aplique), de que el contratista se encuentra al día en el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, cuando a ello haya lugar, dentro de los últimos seis (06) meses.

3. Cuando de conformidad con lo establecido en el artículo 114-1 del Estatuto Tributario, las personas jurídicas o las personas naturales empleadoras se encuentren exentas de realizar los aportes al SENA e ICBF deberán presentar certificación en donde se manifieste dicha situación la cual se entenderá prestada bajo la gravedad del juramento.
4. La Entidad hará las retenciones a que haya lugar sobre cada pago, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes sobre la materia.
5. El pago en las fechas establecidas estará sujeto a la aprobación previa de PAC por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público

FECHA FIRMA CONTRATO: Día _01_. Mes _10_. Año _2025__.

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS INTEGRALES MEDICOS Y HOSPITALARIOS DE ALTA COMPLEJIDAD PARA USUARIOS PERTENECIENTES AL COMANDO AEREO DE COMBATE No 3

CONTRATO MODIFICATORIO No. 01

CONTRATISTA: CLINICA DE LA COSTA

VALOR DEL CONTRATO: $ 141.865.325

FORMA DE PAGO:
1.1 El valor del contrato es por la suma de CIENTO CUARENTA Y UN MILLÓNES OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL TRECIENTOS VENTICINCO PESOS $141.865.325,00,00, distribuidos así: UN MILLONES DE PESOS ($1.865.325,00) para la vigencia 2025 y CIENTO CUARENTA MILLONES DE PESOS ($140.000.000,00) para la vigencia 2026 de acuerdo con la oferta presentada y discriminada así:
1.2 El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales

IMPUTACION PRESUPUESTAL						DESCRIPCIONDEL BIEN O SERVICIO	VALOR TOTAL	CDP No.
CTA PROG	SUBC SUBP	OBJG PROY	ORD SPRY	SUB ORD	REC			
02	02	02	009	003	10	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	$1.865.325,00	3125 (2025-12-12)
02	02	02	009	003	10	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	$140.000.000	VIGENCIA FUTURA

FECHA DE FIRMA: _____30/12/2025_____

ASPECTOS OBJETO DE MODIFICACION: _____VALOR DEL CONTRATO POR VALOR DE $ 141.865.325_____

PLAZO Y CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL CONTRATO:

Plazo Ejecución Contractual, desde el 29/12/2025 hasta el 30/11/2026

Porcentaje Avance en tiempo: 2.53%

Porcentaje de Ejecución (con relación a los bienes y/o servicios recibidos): 0.95 %

AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO:

Recursos Girados: 0%

Porcentaje de pagos realizados: 0 %

Porcentaje de pagos pendientes de realizar: 100%

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:

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)

El contratista cumplió con las condiciones, con la ficha técnica y las obligaciones del contratista contempladas en la minuta de contrato sin novedad durante el periodo reportado, para los servicios de alta complejidad, se tramito el primer paquete de pago conforme a conciliación de auditoría.

PRIMER PAC DICIEMBRE

	FACTURA	FECHA FACTURA	USUARIO	IDENTIFICACION	VALOR FACTURA	VALOR GLOSA	VALOR A PAGAR
1	CC1059247	30/12/2025	SANTIAGO ALZATE ALZATE	1152448104	$ 1.292.792	$ 0	$ 1.292.792
2	CC1059248	30/12/2025	ANDREA CAROLINA LOPEZ LORDUY	1020478861	$ 48.120	$ 0	$ 48.120
					$ 1.340.912	**$ 0**	**$ 1.340.912**

Saldo Pendiente: $ 140.524.413

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)

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 BELTRAN SILVA CARLOS ARTURO
FIRMA:	Carlos Beltran S
C.C. No.	1140822632 DE BARRANQUILLA
DEPENDENCIA:	ESM CACOM 3

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