DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: **15-DICIEMBRE-2025**	**Nombre del Contratista: ECOGRAFIAS Y DIAGNOSTICOS INTEGRALES S.A.S**			**No. Contrato:** **704-MDN-DGSM-DISAN-HONAC-2025**	
Periodo del informe:	**Desde el :** **01-12 -2025**		**Hasta el:**	**31-12-2025**	
Objeto del contrato: **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO RADIOLOGO PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA**					
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO					
Fecha de suscripción	05-12-2025				
Fecha de Iniciación- Inicio	06-12-2025				
Plazo del contrato	5 (CINCO) meses				
Fecha de Terminación	30 ABRIL DE 2026				
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	30 ABRIL DE 2026				
Valor Inicial del contrato	**El presupuesto oficial para esta contratación es de** CIENTO TREINTA Y SEIS NOVENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE ($99.720.000,00)				
No. CDP y FECHA:	No. 81025 de fecha 02/10/25 por valor $99.720.000,00		**No. CRP y FECHA:**	No. 131325 de fecha 09/12/25 por valor $99.720.000,00	
Valor total del contrato (incluido valor adición)	NOVENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE ($99.720.000,00)				
No. CDP y FECHA :			**No. CRP y FECHA:**		
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza** 75-54-101002192 **No. de Póliza** 75-46-101019708- **Anexo No.**		**Aseguradora: Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO.**		
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**	
	RESPONSABILIDAD CIVIL	**05/12/2025**	**30/04/2026**	**$284.700.000,00**	
	CUMPLIMIENTO	**05/12/2025**	**30/04/2026**	**$9.972.000,00**	
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza** **No. de Póliza** **Anexo No.**		**Aseguradora:**		
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**	
	CUMPLIMIENTO				

	RESPONSABILIDAD CIVIL			
MODIFICATORIOS DEL CONTRATO				
TERMINACIÓN ANTICIPADA:				
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	**$** 99.720.000,00		
	Valor total tramitado para pago	$ 21.864.000,00		
	Saldo del contrato	$ 77.856.000,00		
	Porcentaje de Ejecución:	**21,92%**		

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: N/A	**Entidad:** **CERTIFICADO PAGO S.A.S**
No. de Planilla de Pensión: N/A	**Entidad:** **CERTIFICADO PAGO S.A.S**
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: N/A	**Entidad:** **CERTIFICADO PAGO S.A.S**

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	**DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN**	**DEFICIENTE**	**AMEJORAR**	**SATISFACTORIO**	**SOBRESALIENTE**	**OBSERVACIONES**
	LA CONTRATISTA PRESTO SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO RADIOLOGO EN EL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA, CUMPLIENDO A CABALIDAD CON LA NORMATIVIDAD Y LAS EXIGENCIAS CORPORATIVAS, ASI COMO CON TODAS LAS TAREAS ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DURANTE EL PRESENTE MES.			x		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO	
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	**El Supervisor certifica que las actividades asignadas al contratista, fueron ejecutadas a satisfacción y de conformidad con lo estipulado en el contrato.**

	Certifico que el contratista cumplió conforme a los requisitos de Ley con los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan Comprobantes de pago.				
AUTORIZACIÓN PAGO	**PERIODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/12/2025	**HASTA EL**	31/12/2025
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en Letras)	**VEINTE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE**			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en números)	**21.864.000,00**			

SUPERVISOR – DEPENDENCIA RADIOLOGIA	
NOMBRE: S1 CASTAÑO GARCES CINDY	
CARGO: **SUPERVISOR CONTRATO No. 704-MDN-DGSM-DISAN-HONAC-2025**	**FIRMA**

DOCUMENTOS SOPORTES	1. **Solicitud de pago.** 2. **Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales).** 3. **Informe de supervisión y cumplimiento del Contratista.** 4. **Factura electrónica** 5. **Autorización aportes seguridad social DIGSA**