DATOS DEL INFORME			
Fecha de presentación: 15 DICIEMBRE DE 2025	**Nombre del Contratista:** ATENCION INTEGRAL EN MEDICINA AIM S.A.S		**No. Contrato:** 644-ARC-DISAN-DHONAC-2025.
Periodo del informe:	**Desde el :** 01 DICIEMBRE DE 2025	**Hasta el:** 31 DICIEMBRE DE 2025	
Objeto del contrato: "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA INTERNA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y UFAP BLAS DE LEZO"			

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO			
Fecha de suscripción	20 NOVIEMBRE DE 2025		
Fecha de Iniciación- Inicio	21 NOVIEMBRE DE 2025		
Plazo del contrato	SEIS (06) MESES		
Fecha de Terminación	30 ABRIL DE 2026		
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)			
Valor Inicial del contrato	$ 174.030.000 – VIGENCIA 2025 $ 43.800.000 – VIGENCIA 2026 $ 130.230.000		
No. CDP y FECHA: 73325 DEL 25 SEPTIEMBRE DE 2025	**VALOR:** $ 43.800.000	**No. CRP y FECHA:** 120125 DEL 21 NOVIEMBRE DE 2025	**VALOR:** $ 43.800.000
Valor total del contrato (incluido valor adición)	$ 174.030.000 – VIGENCIA 2025 $ 43.800.000 – VIGENCIA 2026 $ 130.230.000		
No CDP y FECHA:	**VALOR:**	**No. CRP y FECHA:** 12325 DEL 21 NOVIEMBRE DE 2025	**VALOR:** $ 130.230.000

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

No. De PÓLIZA: 62-03-101025356
16966574
013000365032
Anexo No: 2

Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A
SURA

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
RESPONSABILIDAD CIVIL	21/10/2025	21/10/2026	$ 1.569.400.000
CUMPLIMIENTO	20/11/2025	30/04/2026	$ 17.403.000
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES	31/07/2025	31/07/2025	$284.700.000

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO (APLICA CUANDO SE MODIFICA EL CONTRATO EN TIEMPO Y VALOR)	No. De PÓLIZA Anexo No:		Aseguradora:	
	AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
MODIFICATORIOS DEL CONTRATO				
TERMINACIÓN ANTICIPADA:				
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	Valor total del contrato (Incluida adiciones)	$ 174.030.000 – VIGENCIA 2025 $ 43.800.000 – VIGENCIA 2026 $ 130.230.000		
	Valor total tramitado para pago	$ 43.780.000		
	Saldo del contrato	$ 130.250.000		
	Porcentaje de Ejecución:	25%		

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No de Planilla de Salud: xxxxxxxxxxxxxx	Entidad: Fecha de pago: xxxxxx Valor: $ xxxxxx
No de Planilla de Pensión: xxxxxxxxxxxxxx	Entidad: Fecha de pago: xxxxxx Valor: $ xxxxxx
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. xxxxxxxxxxxxxx	Entidad: Fecha de pago: xxxxxx Valor: $ xxxxx

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
1	Realizar consulta externa según demanda establecida por el usuario, de acuerdo con la agenda establecida por la jefatura del servicio en cumplimiento de la normatividad vigente. 220 horas de consulta externa de medicina interna por valor de $ 80.000 c/u.			x		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

2	Velar por la evolución diaria de todo paciente hospitalizados a su nombre y por el servicio durante las horas designadas en su turno 126 horas de evolución de pacientes hospitalizados de medicina interna por valor de $ 80.000 c/u.			x		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
3	Realizar valoraciones de las pacientes interconsultas en el servicio de hospitalización y urgencias en los tiempos establecidos. 216 horas de disponibilidad para atención de interconsultas de medicina interna, por valor de $ 35.000 c/u.			x		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO					
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	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 anexa Comprobantes de Pago. **SE SOLICITA REALIZAR REDUCCION POR $ 20.000 DE LA VIGENCIA 2025. SALDO DE ESA VIGENCIA.**				
AUTORIZACIÓN DE PAGO	**PERÍODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/12/2025	**HASTA EL**	31/12/2025
	VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO (letras)	TREINTA Y CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE			
	VALOR A PAGAR (Indicar valor en números)	$ 35.240.000			
SUPERVISOR – DEPENDENCIA					
NOMBRE: TN DIANA NUÑEZ FLETCHER					
CARGO: JEFE SERVICIOS MEDICINA INTERNA	**FIRMA**				

DOCUMENTO 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 de venta FEN-71**