DATOS DEL INFORME				
Fecha de presentación: 28 FEBRERO DE 2026	**Nombre del Contratista:** ATENCION INTEGRAL EN MEDICINA AIM S.A.S			**No. Contrato:** 644-ARC-DISAN-DHONAC-2025.
Periodo del informe:	**Desde el :** 01 FEBRERO DE 2026		**Hasta el:** 28 FEBRERO DE 2026	
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 – $ 900.000 = $ 173.130.000 (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 – $ 900.000 = $ 173.130.000 (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 – $ 900.000 = $ 173.130.000 (VIGENCIA 2025 $ 43.800.000 – VIGENCIA 2026 $ 130.230.000)
	Valor total tramitado para pago	$ 98.060.000

	Saldo del contrato	$ 75.070.000
	Porcentaje de Ejecución:	57%

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. 108 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 95 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. 180 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.				
AUTORIZACIÓN DE PAGO	**PERÍODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/02/2026	**HASTA EL**	28/02/2026
	VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO (letras)	VEINTIDOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE			
	VALOR A PAGAR (Indicar valor en números)	$ 22.540.000			
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-73