DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: **31/05/2026**	**Nombre del Contratista:** YARLIN MICHELL PAZ MARTINEZ				**No. Contrato:** **No. 018-ARC-DISAN-REPAC** **DMBHM- 2026**
Periodo del informe:	**Desde el:** **01/05/2026**		**Hasta el:**	**31/05/2026**	
Objeto del contrato: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LAS ÁREAS DE CONSULTA EXTERNA, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, ATENCIÓN PRIORITARIA, SALUD PUBLICA Y CARACTERIZACIÓN DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BUENAVENTURA."					
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO					
Fecha de suscripción	15/01/2026				
Fecha de Iniciación- Inicio	23/01/2026				
Plazo del contrato	10 MESES				
Fecha de Terminación	14 DE NOVIEMBRE 2026				
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	N/A				
Valor Inicial del contrato	$ 20.800.000				
No. CDP y FECHA: No. 3226 DEL 09/01/2026	**VALOR: $** 20.800.000,00		**No. CRP y FECHA:** 2926 DEL 15/01/2026		**VALOR: $ $** 20.800.000,00
Valor total del contrato (incluido valor adición)	$ 20.800.000,00				
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza** **3002602 (Calidad y Cumplimiento) –** **1008603 (Responsabilidad Civil)**		**Aseguradora: PREVISORA** **Aseguradora: PREVISORA**		
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**	
	Calidad y Cumplimiento	19/01/2026	14/03/2027	$ 4.160.000,00	
	Responsabilidad Civil	19/01/2026	19/01/2027	$ 400.000.000,00	
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza** **Anexo No. 1**		**Aseguradora:**		
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**	
	-	-	-	-	
	-	-	-	-	
MODIFICATORIOS DEL CONTRATO	N/A				
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	N/A				
	Valor total del contrato (Incluida adiciones)	$ 20.800.000,00			
	Valor total tramitado para pago	001: $936.000 + 002: $ 2.080.000 + 003: 2.184.000 + 004: $ 2.080.000 + 005: $ 1.976.000			
	Saldo del contrato	$ 11.544.000			

	Porcentaje de Ejecución:	**44.5 %**
APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. de Planilla de Salud: **9503740900**	Entidad: Nueva EMSSANAR Fecha de pago: 08/05/2026 Valor: $ 218.900	
No. de Planilla de Pensión: **9503740900**	Entidad: Porvenir Fecha de pago: 08/05/2026 Valor: $ 280.200	
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. **9503740900**	Entidad: Positiva Compañía Fecha de pago: 08/05/2026 Valor: $ 42.700	

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
1	Brindar atención personalizada a los usuarios dentro de los horarios establecidos, orientando y resolviendo los requerimientos relacionados con el proceso de Referencia y Contrarreferencia.	Brinda atención personalizada a los usuarios dentro de los horarios establecidos, orientando y resolviendo los requerimientos relacionados con el proceso de Referencia y Contrarreferencia.				X	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.
2	Acompañamiento asistencial a especialista en Ginecología- apoya las actividades auxiliar de enfermería.	Realiza acompañamiento asistencial a especialista en Ginecología- apoya las actividades auxiliar de enfermería.				X	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.
3	Recibir, verificar y gestionar las autorizaciones de referencia para especialidades y procedimientos de los usuarios en la red de servicios contratada o propia, de acuerdo con la necesidad asistencial.	Recibe, verifica y gestiona las autorizaciones de referencia para especialidades y procedimientos de los usuarios en la red de servicios contratada o propia, de acuerdo con la necesidad asistencial.				X	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.
4	Cargar las órdenes y anexos correspondientes de los pacientes hospitalizados y responder los correos con la autorización respectiva.	Carga las órdenes y anexos correspondientes de los pacientes hospitalizados y responde los correos con la autorización respectiva.				X	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.
5	Cumplimiento con los programas de bioseguridad.	Cumple con los programas de bioseguridad.				X	El 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 Nº 018-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM- 2026					
AUTORIZACIÒN PAGO	**PERIODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/05/2026	**HASTA EL**	31/05/2026	
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en Letras)	UN MILLÓN NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE.				
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en números)	**$ 1.976.000**				
SUPERVISOR – DEPENDENCIA						
NOMBRE: S1 ARTUNDUAGA CAMACHO JULY MARCELA						
CARGO: ENFERMERA MILITAR						
						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.**