DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: **20/07/2026**	**Nombre del Contratista:** HEIDY CAROLINA BOHÓRQUEZ SANDOVAL			**No. Contrato:** 019-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026	
Periodo del informe:	**Desde el :** 01 de JULIO de 2026		**Hasta el:**	**31 de JULIO 2026**	
Objeto del contrato: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN AUDITORIA DE LA SALUD, CUENTAS MEDICAS Y PROCESOS DE FACTURACIÓN PARA LA REGIONAL PACÍFICO **"**					
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO					
Fecha de suscripción	10 DE ENERO DE 2026				
Fecha de Iniciación- Inicio	15 DE ENERO DE 2026				
Plazo del contrato	15 DE NOVIEMBRE DE 2026				
Fecha de Terminación	15 DE NOVIEMBRE DE 2026				
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	N/A				
Valor Inicial del contrato	**CUARENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 49.300.000,00)**				
No. CDP y FECHA: 3626 DEL 14 DE ENERO 2026	**VALOR:** $ 49.300.000		**No. CRP y FECHA:** CRP 3126 del 15/01/2026	**VALOR:** $ 49.300.000	
Valor total del contrato (incluido valor adición)					
No. CDP y FECHA:	**VALOR:**		**No. CRP y FECHA:**	**VALOR:**	
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza** **Anexo No. 45-46-101034718**		**Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO SA**		
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**	
	Cumplimiento del contrato	15/01/2026	15/03/2027	**$ 4.930.000**	
	Calidad del servicio	**15/01/2026**	**15/03/2027**	**$ 4.930.000**	
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza** **Anexo No. 1**		**Aseguradora:**		
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**	
MODIFICATORIOS DEL CONTRATO	Describir el modificatorio que se originó en la ejecución del contrato. Ejemplo: Modificatorio No 01 de fecha xxxxxx que trata de (describir algo breve que resuma la solicitud)				
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	(Si aplica)				
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	$ 49.300.000			
	Valor total tramitado para pago	$ 4.930.000			

	Saldo del contrato	**$ 14.790.000**
	Porcentaje de Ejecución:	**70 %**

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: **6023036177**	**Entidad:** SANITAS **Fecha de pago:** 14/07/2026 **Valor:** $ 246.500
No. de Planilla de Pensión: **6023036177**	**Entidad:** Colpensiones **Fecha de pago:** 14/07/2026 **Valor:** $ 315.600
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: **6023036177**	**Entidad:** Positiva Compañía **Fecha de pago:** 14/07/2026 **Valor:** $ 10.300

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
01	Concurrencia medica remota, Se realiza visita concurrencia medica remota a no ser estrictamente necesario la presencia del auditor en la institución de salud **,** 04 horas de concurrencias pacientes IPS Cali por medio digitales suministradas entidades de salud.				X	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
02	Auditoría de cuentas médicas, Correspondientes a 160 horas de auditorías, Se realizaron auditoría de 300 cuentas médicas a facturas de diferentes entidades de salud de la red contratada y no contratada.				X	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
03	Reporte de glosas conciliaciones, x 04 horas de conciliaciones con diferentes IPS contratadas y no contratadas de la red externa				X	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
04	Reporte de usuarios por estancias prolongadas y justificación por hospitalización mayor a 5 días en IPS, al área de cuentas medicas DISAN.				X	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
05	Apoyo en la elaboración de oficios en el informe de gestión enviado al área de cuentas médicas y batería de salud a la Regional Pacifico.				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**	01/07/2026	**HASTA EL**	31/07/2026
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	**CUATRO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE.**			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	**$** 4.930.000			

SUPERVISOR – DEPENDENCIA	
NOMBRE: SVIFI ROJAS SANCHEZ RAFAEL	
CARGO: JEFE OFICINA COORDINACION SANIDAD CALI	**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. **Lista chequeo**