Fecha de presentación: 20/03/2026	**Nombre del Contratista:** INGRID JOHANNA CARVAJAL GARCES			**No. Contrato:** 017-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026
Periodo del informe:	**Desde el: 01 de Marzo de 2026**		**Hasta el: 31 de marzo de 2026**	
Objeto del contrato: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS TECNICOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL AREA DE CUENTAS MEDICAS Y PROCESOS DE FACTURACION PROVENIENTE DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD DE LA REGIONAL PACIFICO."				
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO				
Fecha de suscripción	10 DE ENERO DE 2026			
Fecha de Iniciación- Inicio	14 DE ENERO DE 2026			
Plazo del contrato	13 DE NOVIEMBRE 2026			
Fecha de Terminación	13 DE NOVIEMBRE 2026			
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	13 DE NOVIEMBRE 2026			
Valor Inicial del contrato	**VEINTE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE $ 20.800.000**			
No. CDP y FECHA: 3526 DEL 13 DE ENERO DE 2026	**VALOR: $ 20.800.000**	**No. CRP y FECHA: 2826** DE 15 DE ENERO 2026	**VALOR: $ 20.800.000**	
Valor total del contrato (incluido valor adición)	VEINTE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE $ 20.800.000			
No. CDP y FECHA:	**VALOR:**	**No. CRP y FECHA: ˚**	**VALOR:**	

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza Anexo No. 420 47 9940000495699**		**Aseguradora: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**	
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
	Cumplimiento del contrato	**14/01/26**	**13/03/2027**	$ 2.080.000
	No. de Póliza Anexo No APLICA		**Aseguradora: NO APLICA**	
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
	Responsabilidad civil profesiones medicas			

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza Anexo No. 1**		**Aseguradora:**	
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
MODIFICATORIOS DEL CONTRATO				
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	(Si aplica)			
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	$**20.800.000**		
	Valor total tramitado para pago	$**2.080.000**		
	Saldo del contrato	$ 14.560.000		
	Porcentaje de Ejecución:	30 % ejecutado		

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: 9499922665	Entidad: SANITAS Fecha de pago: 28/02/2026 Valor: $ 218.900
No. de Planilla de Pensión: 9499922665	Entidad: PORVENIR Fecha de pago: 28/02/2026 Valor: $280,200
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. 9499922665	Entidad: SURA Fecha de pago: 28/02/2026 Valor: $ 42.700

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	**DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN**	**DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN**	**DEFICIENTE**	**A MEJORAR**	**SATISFACTORIO**	**SOBRESALIENTE**	**OBSERVACIONES**
	Recepción de facturas	Correspondientes a 50 horas, Recepción de facturas IPS red externa contratada y no contratada por plataforma SIMED			X		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

	Validación de derechos - Trazabilidad	Correspondientes a 100 horas: validación de derechos y digitalización de facturas en la plataforma SIMED			**X**		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
	Devolución de facturas	Correspondientes a 10 horas: elaboración de oficios de devolución de facturas			**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.				
AUTORIZACIÒN PAGO	**PERIODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/03/2026	**HASTA EL**	31/03/2026
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	DOS MILLONES OCHENTA MIL			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	**$ 2.080.000**			

SUPERVISOR – DEPENDENCIA	
NOMBRE: SVIF ROJAS SANCHEZ RAFAEL	
CARGO: JEFE OFICINA COORDINACION SANIDAD CALI	**FIRMA**