CONTRATO O CONVENIO No.	No. 047 ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2025
FECHA FIRMA CONTRATO	09 DE JUNIO DE 2026.
CONTRATISTA:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA.
NIT:	890.303.395-4
FECHA ENTREGA INFORME SUPERVISIÓN	04 DE JULIO DE 2026
PERÍODO INFORME DE SUPERVISIÓN	09-30 DE JUNIO DE 2026

1. OBJETO DEL CONTRATO O CONVENIO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ATENCIÓN INTEGRAL POR OFTALMOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA Y OPTOMETRÍA (ATENCION PRIORITARIA, URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD DE ESTAS ESPECIALIDADES), PARA LOS USUARIOS ADSCRITOS A LA REGIONAL PACIFICO DE SANIDAD NAVAL., de acuerdo con las especificaciones técnicas determinadas en el anexo técnico.

1.1. MODIFICACIONES AL CONTRATO O CONVENIO

No. MODIFICATORIO	FECHA MODIFICATORIO	MOTIVO DEL MODIFICATORIO
N/A	**N/A**	**N/A**

2. RELACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL ITEM INCLUIDO IVA
001	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ATENCIÓN INTEGRAL POR OFTALMOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA Y OPTOMETRÍA (ATENCION PRIORITARIA, URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD DE ESTAS ESPECIALIDADES), PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES.			**NA**	**$.00**
VALOR TOTAL					**$.00**

3. VALOR CONTRATO O CONVENIO

VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO:	$ 120.000.000,00
VALOR ADICIÓN CONTRATO O CONVENIO:	$,00
VALOR REDUCCION CONTRATO O CONVENIO:	$,00
VALOR TOTAL CONTRATO O CONVENIO:	**$ 120.000.000,00**

3.1 DISCRIMINACIÓN DEL VALOR

TIPO DE CONTRATO	VALOR EN $
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	**$ 120.000.000,00**

3.2. OBSERVACIONES

El Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca ha prestado sus servicios de acuerdo a autorizaciones emitidas por los Establecimientos de Sanidad Naval de la Regional Pacifico.

3.3. DESCRIPCIÓN DETALLADA AMORTIZACIÓN ANTICIPO

No aplica.

4 RELACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

VIGENCIA FUTURA	CDP No.	FECHA CDP	VALOR CDP	CRP No.	FECHA CRP	VALOR CRP
2026	3826	15/01/2026	$120.000.000,00	9726	09/06/2026	$120.000.000,00

4.1. OBSERVACIONES

No aplica.

5 DATOS ENTIDAD BANCARIA CONTRATISTA

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA
BANCO DAVIVIENDA	CUENTA CORRIENTE	No. 012269995432

6 PLAZO DE EJECUCIÓN

PLAZO EJECUCIÓN CONTRATO O CONVENIO	HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2026
PLAZO DE DURACIÓN	7 MESES
PRÓRROGA PLAZO DE EJECUCIÓN	N/A
FECHA FINALIZACIÓN CONTRATO O CONVENIO	30 DE DICIEMBRE DE 2026

7 RESUMEN PÓLIZAS

PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO No.	45-44-101175749
FECHA VIGENCIA:	11/06/2026
ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO S.A

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	09/06/2026	30/04/2027	$24.000.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	09/06/2026	30/04/2027	$24.000.000,00
PAGO DE SALARIOS	09/06/2026	30/12/2029	$ 6.000.000,00

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL No.	45-40-101108289
FECHA EXPEDICIÓN:	11/06/2026
ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO S.A

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	

PREDIOS LABORARES	09/06/2026	30/12/2026	$350.181.000,00

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES No.	45-03-101003393
FECHA EXPEDICIÓN:	12/06/2026
ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO S.A

AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
	DESDE	**HASTA**	
ERRORES U OMISIONES CYH	17/12/2025	17/12/2026	$2.500.000.000,00
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACUAL CYH	17/12/2025	17/12/2026	$2.500.000.000,00

8. RELACIÓN FACTURAS PRESENTADAS SERVICIOS DE SALUD

8.1 FACTURAS RECIBIDAS POR EL SUPERVISOR

FECHA DE LA FACTURA	**Nº FACTURA**	**VALOR DE LA FACTURA**	**VALOR DE LA GLOSA**	**CODIGO DE LA GLOSA**	**MOTIVO DE LA GLOSA**	**VALOR FINAL PARA PAGO**
TOTAL						**$,00**

8.2 FACTURAS ENTREGADAS POR EL SUPERVISOR AL ÁREA DE AUDITORIA (ACRE)

FECHA DE LA FACTURA	**Nº FACTURA**	**VALOR DE LA FACTURA**	**VALOR DE LA GLOSA**	**CODIGO DE LA GLOSA**	**MOTIVO DE LA GLOSA**	**VALOR FINAL PARA PAGO**
TOTAL						**$,00**

8.3 FACTURAS RADICADAS PARA TRAMITE DE PAGO

FECHA DE LA FACTURA	**Nº FACTURA**	**VALOR DE LA FACTURA**	**VALOR DE LA GLOSA**	**CODIGO DE LA GLOSA**	**MOTIVO DE LA GLOSA**	**VALOR FINAL PARA PAGO**
TOTAL						**$,00**

9. FACTURAS PAGADAS

CONTRATADO				**PAGADO**			
TIPO DE PAGO	**VIGENCIA**	**VALOR $**	**OBLIGACIÓN No.**	**FECHA OBLIGACIÓN**	**ORDEN DE PAGO No.**	**FECHA ORDEN DE PAGO**	**VALOR PAGADO**

10. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO O CONVENIO	$ 120.000.000,00
VALOR TOTAL EJECUTADO	0%
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA	$,00
VALOR PENDIENTE POR PAGAR AL CONTRATISTA	$,00
SALDO POR LIBERAR	$,00

10. RELACIÓN DETALLADA DE LOS BIENES Y SERVICIOS RECIBIDOS

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL POR OFTALMOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA Y OPTOMETRÍA (ATENCION PRIORITARIA, URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD DE ESTAS ESPECIALIDADES), PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES.

11. ACTIVIDADES REALIZADAS

- SE REALIZA REUNION PARA INICIO DE EJECUCION EL DIA 17/06/2026
- EL CONTRATISTA PRESTO LOS SERVICIOS OFERTADOS PARA EL PRESENTE CONTRATO DENTRO DE LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y TENIENDO EN CUENTA LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS Y SEGÚN LAS AUTORIZACIONES EMITIDAS DE LOS SERVICIOS SOLICITADOS DE IMÁGENES Y DEMÁS SERVICIOS QUE PRESTA EL CONTRATISTA.

APORTES PARAFISCALES

EL CONTRATISTA NO ANEXA SOPORTE DE PARAFISCALES

12. CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRATISTA

CON FUNDAMENTO EN LO ANTERIOR, EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO NO. 051-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026, MANIFIESTA QUE EL CONTRATISTA CUMPLIÓ CON LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS Y DERIVADAS DEL CONTRATO, Y DENTRO DEL TÉRMINO OTORGADO PARA TAL FIN, POR LO CUAL ME PERMITO DECLARAR QUE NO HAY LUGAR A LA APLICACIÓN DE MULTAS, INDEMNIZACIONES O INTERESES EN SU CONTRA.

13. NOVEDADES Y/O INFORMACIÓN RELEVANTE

- EN EL PRESENTE MES NO SE HAN RECIBIDO FACTURAS POR PARTE DEL CONTRATISTA PARA AUDITORIA

14. AVANCE TOTAL DEL PROYECTO (SI APLICA)

CONCEPTO	VALOR	PROCENTAJE
VALOR PAGADO	$,00	00%
VALOR EJECUTADO	$,00	00%
TOTAL EJECUTADO	**$,00**	**00%**

15. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN (SI APLICA)
NO APLICA.

16. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
NO APLICA.

17. ANEXOS
NO APLICA.

18. ÁLBUM FOTOGRÁFICO (SI APLICA)
NO APLICA.

Respetuosamente,



TK ZARATE SEVERICHE DANIELA CAROLINA.
Correo electrónico: daniela.zarate@armada.mil.co
Cargo: ODONTOLOGA MILITAR DMBHM
Celular: 3115318045