DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: 19/01/2026	**Nombre del Contratista:** MIGUEL ANDRES FRANCO CONTRERAS				**No. Contrato:** 022-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026
Periodo del informe:	**Desde el:** **01/05/2026**		**Hasta el:**	**31/05/2026**	
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA PARA EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BUENAVENTURA.					
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO					
Fecha de suscripción	19/01/2026				
Fecha de Iniciación- Inicio	19/01/2026				
Plazo del contrato	10 MESES				
Fecha de Terminación	17 NOVIEMBRE 2026				
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)					
Valor Inicial del contrato	$ 32.000.000,00				
No. CDP y FECHA: CDP 5026 19/01/2026	**VALOR:** $32.000.000		**No. CRP y FECHA:** CRP 3526 19/01/2026		**VALOR:** $32.000.000
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 3002606 (Calidad y Cumplimiento) – 802087271(Responsabilidad Civil)**		**Aseguradora: Previsora – Seguros del Estado**	
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
	Calidad y Cumplimiento	21/01/2026	17/03/2027	$6.400.000
	Responsabilidad Civil	29/01/2026	29/01/2026	$ 400.000.000.00

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza Anexo No. 1**		**Aseguradora:**	
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
	-	-	-	-
	-	-	-	-

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO		
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	N/A	
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	$ 32.000.000
	Valor total tramitado para pago	$ 2.400.000,00
	Saldo del contrato	$ 17.600.000,00

	Porcentaje de Ejecución:	**45%**

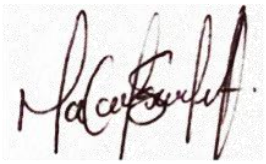
APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: 9503862867	Entidad: EPS SURA Fecha de pago: 22/05/2026 Valor:$500.000
No. de Planilla de Pensión: 9503862867	Entidad: COLFONDOS Fecha de pago: 22/05/2026 Valor: $640.000
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: 9503862867	Entidad: SURA Fecha de pago: 22/05/2026 Valor: $97.500

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORI	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
1	Realizar Consulta por la especialidad de Medicina Interna apoyo al proceso del Modelo de Atención Integral en Salud	Se verifica el desarrollo de las consultas, en el reporte estadístico donde se evidencia las consultas realizadas				x	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
2	Diligenciar adecuadamente la Historia clínica de los pacientes, así como las descripciones de los procedimientos, diagnósticos, tratamientos instaurados código CIE 10	Se verificó en la auditoria de las historias clínicas				x	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
4	Ordenar los exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico que sean necesarios para el tratamiento de los pacientes del Dispensario Médico nivel II Buenaventura	Se verificó diario el diligenciamiento de los formatos de los procedimientos				x	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO	
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	EL SUPERVISORA CERTIFICA QUE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS AL CONTRATISTA, FUERON EJECUTADAS A SATISFACCIÓN Y DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO 022-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026

	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**	01/05/2026	**HASTA EL**	31/05/2026	
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en Letras)	DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS				
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en números)	$ 2.400.000,00				

SUPERVISORA – DEPENDENCIA	
NOMBRE: TK SANCHEZ HERNANDEZ MARIA CAMILA	
CARGO: ODONTOLOGO 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.**