| | | | |
|---|---|---|---|
| | **ARMADA NACIONAL**<br>**DIRECCIÒN DE SANIDAD NAVAL** | | |
| | **PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL** | | |
| | **INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATOS PRESTACIÓN SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN** | | |
| | **Versión 2.0** | **Fecha: 20/03/2023** | **Página 1 de 3** |

| **DATOS DEL INFORME** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de presentación:** **20/09/2026** | **Nombre del Contratista:** HEIDY CAROLINA BOHÓRQUEZ SANDOVAL | | | | **No. Contrato:** 019-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026 |
| **Periodo del informe:** | **Desde el :** 01 de Septiembre de 2026 | | **Hasta el:** | **30 de Septiembre 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**<br>**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**<br>**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** | **$ 4.930.000** |
| | **Porcentaje de Ejecución:** | **90 %** |

| **APORTES A SEGURIDAD SOCIAL** | |
|---|---|
| **No. de Planilla de Salud:**<br>**6031433282** | **Entidad:** SANITAS<br>**Fecha de pago:** 17/09/2026<br>**Valor:** $ 246.500 |
| **No. de Planilla de Pensión:**<br>**6031433282** | **Entidad:** Colpensiones<br>**Fecha de pago:** 17/09/2026<br>**Valor:** $ 315.600 |
| **No. de Planilla de Riesgos Profesionales:**<br>**6031433282** | **Entidad:** Positiva Compañía<br>**Fecha de pago:** 17/09/2026<br>**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.**<br>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** | 01/09/2026 | **HASTA EL** | 30/09/2026 |
| | **VALOR A PAGAR ESTE PERIODO** | **CUATRO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE.** | | | |
| | **VALOR A PAGAR ESTE PERIODO** | **$** 4.930.000 | | | |

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

| | |
|---|---|
| **DOCUMENTOS SOPORTES** | 1. **Solicitud de pago.**<br>2. **Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales).**<br>3. **Informe de supervisión y cumplimiento del Contratista.**<br>4. **Lista chequeo** |