DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: 20/09/2026	**Nombre del Contratista:** INGRID JOHANNA CARVAJAL GARCES				**No. Contrato:** 017-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 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)					
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

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)**	**$20.800.000**
	Valor total tramitado para pago	**$2.080.000**
	Saldo del contrato	**$ 2.080.000**

	Porcentaje de Ejecución:	**90 %**

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: **9510052294**	**Entidad:** SANITAS **Fecha de pago:** 27/08/2026 **Valor:** $ 218.900
No. de Planilla de Pensión: **9510052294**	**Entidad:** Porvenir S.A **Fecha de pago:** 27/08/2026 **Valor:** $ 280,200
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: **9510052294**	**Entidad:** SURA **Fecha de pago:** 27/08/2026 **Valor:** $ 42.700

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
01	Recepción de facturas; Correspondientes a 30 horas, Recepción de facturas IPS red externa contratada y no contratada				X	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
02	Validación de derechos – Trazabilidad: Correspondientes a 100 horas: validación de derechos y digitalización de facturas en la traza.				X	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
03	Devolución de facturas: Correspondientes a 10 horas: elaboración de oficios de devolución de facturas.				X	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
04	Realización parte diario de los pacientes de red externa, correspondiente 10 horas, de la Regional Pacifico, reportados por los establecimientos de Sanidad Militar y envío a la oficina de cuentas medicas DISAN				X	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
05	Verificación de correo electrónico, correspondiente a 10 horas, arcsanidadcali@gmail.com , de solicitudes de rips, trazas, validación de usuarios, cuentas de cobro y demás solicitudes de usuarios de pago de facturas, generadas por las IPS contratadas y prestadoras de servicio de salud que brindaron su servicio a los usuarios de 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**	01/09/2026	**HASTA EL**	30/09/2026
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	DOS MILLONES OCHENTA MIL **PESOS M/CTE.**			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	**$** 2.080.000			

SUPERVISOR – DEPENDENCIA	
NOMBRE: SPIFI 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**