DATOS DEL INFORME			
Fecha de presentación: 31/10/2026	Nombre del Contratista: KARINA HERNANDEZ ARDILA		No. Contrato: No. 020-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026
Periodo del informe:	Desde el: 01/10/2026	Hasta el: 31/10/2026.	
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LAS ÁREAS DE CONSULTA EXTERNA, REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA, ATENCIÓN PRIORITARIA, SALUD PUBLICA Y CARACTERIZACION DEL DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BUENAVENTURA.			

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO				
Fecha de suscripción	15/01/2026			
Fecha de Iniciación- Inicio	20/01/2026			
Plazo del contrato	10 meses			
Fecha de Terminación	15 /11/2026			
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	N.A			
Valor Inicial del contrato	($20.800.000)			
No. CDP y FECHA: 3426 DEL 09/01/2026	VALOR: $ 20.800.000	No. CRP y FECHA: 3226 del 16/01/2026	VALOR: $20.800.000	
Valor total del contrato (incluido valor adición)				
No. CDP y FECHA: N.A	VALOR:	No. CRP y FECHA: N.A	VALOR:	

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

No. de Póliza CT-100005785 (Calidad y Cumplimiento) 1008534 (Responsabilidad Civil)	Aseguradora: Seguros Mundial Aseguradora: Previsora Seguros		
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
Calidad y Cumplimiento	15/01/2026	15/03/2027	$ 4.160.000
Responsabilidad Civil	16/01/2026	16/01/2027	$ 400.000.000

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

No. de Póliza Anexo No. 1	Aseguradora:		
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
-	-	-	-
-	-	-	-

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO	N/A	
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	N/A	
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	Valor total del contrato (Incluida adiciones)	$ 20.800.000
	Valor total tramitado para pago	$ 19.656.000,00
	Saldo del contrato	$ 1.144.000,00
	Porcentaje de Ejecución:	94.50%

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: **9511545336**	Entidad: NUEVA EPS Fecha de pago: 14/10/2026 Valor: $ 218.900
No. de Planilla de Pensión: **9511545336**	Entidad: PORVENIR Fecha de pago: 14/10/2026 Valor: $280.200
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. **9511545336**	Entidad: ARL Positiva Compañía de seguros Fecha de pago: 14/10/2026 Valor: $ 42.700

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
1	El Contratista se obliga a ejecutar el objeto del contrato y a desarrollar las actividades específicas en las condiciones pactadas					x	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
2	Realizar seguimiento a los pacientes ingresados en cada una de las rutas generales como especificas en el modelo de atención integral en salud.	Se verificó cumplimientos de los pacientes pertenecientes a las diferentes RUTAS conforme el objeto contractual				x	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
3	Participar efectivamente en todas las actividades de promoción y mantenimiento para los programas RIAS planeadas acuerdo cronograma del establecimiento, logrando la misión institucional y los resultados propuestos, optimizando la mejor atención para el personal en área de influencias	Se verifica la participación de las actividades desarrolladas acuerdo cronograma de las RIAS exigidas conforme el objeto contractual				x	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
4	Informar a las familias asignadas y a los pacientes por momento de curo de vida, lo referente a los lineamientos MATIS, alcance, propósito y objetivo de este, siempre al iniciar seguimiento telefónico y cuando se realice intervención presencial individual, dando de esta manera	Se verificó informe diario para ser entregado y evaluar el cumplimiento de las actividades desarrolladas conforme el objeto contractual				x	La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

	inducción continua al modelo de atención. Manteniendo además en las intervenciones realizadas la motivación de los usuarios a participar.						

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 Nº. 020-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**	01/10/2026	**HASTA EL**	31/10/2026	
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en Letras)	DOS MILLONES CIENTO OCHENTAY CUATRO MIL PESOS M/CTE				
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en números)	$ 2.184.000,00				

SUPERVISOR – DEPENDENCIA	
NOMBRE: S1ASEN CORREA SANTOS MAGALY	
0CARGO: GESTOR SALUD PUBLICA	**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.**