MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE "HÉROES DE SUMAPAZ"	INFORME DE SUPERVISIÓN N° 07 (AGOSTO 2025) FECHA INFORME : (19/08/2025)

1. INFORMACIÓN CONTRATO U ORDEN DE COMPRA			
No. CONTRATO: 592-DISANEJC-DMSOC-2025	**FECHA INICIO CTO: 16/04/2025**		**FECHA APROBACIÓN POLIZA: 15/04/2025**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE			**NIT o CC:** 891.800.395
PLAZO DE EJECUCIÓN:	30/11/2025	**LUGAR DE ENTREGA:**	El servicio contratado se prestará a solicitud del supervisor o funcionario encargado en el Municipio Municipio MONIQUIRA , Departamento de Boyacá en las instalaciones del ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ- BOYACA.

OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITO AL ESM BAS01, UBICADOS EN LA PROVINCIA DE RICAURTE MUNICIPIO DE MONIQUIRÁ Y ZONAS DE INFLUENCIA REGIONAL LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS A LA REGIONAL 9 DURANTE LA VIGENCIA 2025."

FORMA DE PAGO: El valor del contrato se cancelará en pagos parciales previa suscripción de las actas de recibo y visto bueno del supervisor del contrato, las cuales se cancelarán dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a su expedición, previo cumplimiento de los siguientes requisitos:
a. Acta de recibo a satisfacción por parte del Ministerio de Defensa Nacional Ejercito Nacional-DISPENSARIO MEDICO DE SUR OCCIDENTE. Este requisito debe ser plasmado en el informe de Supervisión y el Acta de recibo a satisfacción respectivo.
b. Situación de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Credito publico Dirección del Tesoro Nacional (A 60 DIAS DISPONIBILIDAD DE ASIGNACIÓN CUPO PAC).
c. Que se ejecuten los démas trámites administrativos correspondientes.
d. Verificación por parte del MDN-Ejercito nacional, del cumplimiento del contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF, y cajas de compensación (En los casos que aplique de acuerdo con el Decreto No. 0862 de fecha 26 de abril de 2013).
NOTA1: EN EL EVENTO DE AMPLIACIÓN DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO, SE POSTERGARA EL PAGO EN EL MISMO TERMINO, CONSIDERANDO EL RECIBO A SATISFACCIÓN.
NOTA2: EL DISPENSARIO MEDICO DE SUR OCCIDENTE, no se responsabiliza por la demora en el pago al CONTRATISTA, cuando ello fuese provocado por encontrarse incompleta la documentación que sirva de soporte para el tramite y no se ajuste a los requisitos establecidos en el articulo 617 del estatuto tributario. Para los pagos, el contratista debera presentar factura comercial, de conformidad con el articulo 617 del estatuto tributario, así:
Denominación expresa como factura de venta.
PARÁGRAFO SEGUNDO. En el evento de prórroga para el desarrollo del objeto del contrato, se postergará el pago.
PARAGRAFO TERCERO: Se realizarán los pagos en la cuenta bancaria indicada por el contratista
Los pagos se harán a la **CUENTA CORRIENTE BANCO DAVIVIENDA No. 0560176769999085 A NOMBRE DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ, identificado con NIT NO. 891.800.395**

2. MODIFICATORIOS		
TIPO	**VALOR**	**OBJETO DE LA MODIFICACION**

3. VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA		
VALOR INICIAL	$	55.000.000,00
VALOR ADICIÓN	$	-
VALOR REDUCCIÓN	$	-
VALOR VIGENCIA FUTURA	$	-
VALOR TOTAL	$	55.000.000,00

4. INFORMACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES		
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: 64425	FECHA: 14/04/2025	VALOR: 55.000.000
REGISTRO PRESUPUESTAL N°: 64625	FECHA: 14/04/2025	VALOR: 55.000.000

5. FACTURA PARA TRÁMITE A PAGO					
No. FACTURA	**FECHA FACTURA**	**FECHA RADICACIÓN**	**SUBTOTAL FACTURA**	**VALOR IVA**	**VALOR A PAGAR**
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
			TOTAL A CANCELAR		**$ -**

6. FACTURACIÓN PROVENIENTE DE AUDITORÍA CUENTAS MÉDICAS					
No. FACTURA	**FECHA FACTURA**	**FECHA RADICADO**	**VALOR FACTURA**	**VALOR GLOSA POR CONCILIAR**	**VALOR LEVANTADO PAGO**
FHM602594	15-07-2025	04-08-2025	49.300,00	$ 4.930,00	$ 44.370,00
FHM600160	11-07-2025	04-08-2025	$ 86.800,00	$ 8.680,00	$ 78.120,00
FHM598670	09-07-2025	04-08-2025	$ 103.900,00	$ 10.390,00	$ 93.510,00
FHM598664	09-07-2025	04-08-2025	$ 261.500,00	$ 26.150,00	$ 235.350,00
FHM598678	09-07-2025	04-08-2025	$ 245.800,00	$ 24.580,00	$ 221.220,00
FHM598992	09-07-2025	04-08-2025	$ 677.600,00	$ 67.760,00	$ 609.840,00
SUBTOTAL			**$ 1.424.900,00**	**$ 142.490,00**	**$ 1.282.410,00**

7. EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA				
CONCEPTO	**V/R CONTRATO**	**VALOR CANCELADO**	**VALOR A TRAMITAR PAGO**	**VALOR PENDIENTE DE PAGO**
VALOR CONTRATO U ORDEN COMPRA	$ 55.000.000,00			
SERVICIOS PRESTRADOS JUNIO 2025		$ 28.614.352,00	$ 1.282.410,00	$ 25.103.238,00
TOTAL	**$ 55.000.000,00**	**$ 28.614.352,00**	**$ 1.282.410,00**	
% DE EJECUCION VALOR CANCELADO	**52%**	**% DE EJECUCION VALOR A TRAMITAR PAGO**		**2%**

7.1. PAGOS EFECTUADOS CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR CONTRATADO	No. ORDEN DE PAGO	FECHA ORDEN PAGO	VALOR PAGADO	VALOR PENDIENTE DE PAGO
$ 55.000.000,00	197881225	20/06/2025	$ 720.360,00	$ -
	197895925	20/06/2025	$ 7.723.973,00	$ -
	237735025	11/07/2025	$ 12.491.202,00	$ -
	247492825	18/07/2025	$ 1.835.204,00	$ -
	247527725	18/07/2025	$ 1.637.042,00	$ -

7.2. ESTADO FINANCIERO CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA	$	55.000.000,00
VALOR CANCELADO	$	28.614.352,00
VALOR A TRAMITAR A PAGO	$	1.282.410,00
VALOR SALDO CONTRATO	$	25.103.238,00

8. RELACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS RECIBIDOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR GLOSA	VALOR TOTAL
1	VEJIGA NEUROPATICA NO INHIBIDA NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	1	49.300,00	4930	$ 44.370,00
2	OBESIDAD NO ESPECIFICADA	1	$ 86.800,00	$ 8.680,00	$ 78.120,00
3	PROLAPSO GENITAL FEMENINO NO ESPECIFICADO	1	$ 103.900,00	$ 10.390,00	$ 93.510,00
4	MIALGIA	1	$ 261.500,00	$ 26.150,00	$ 235.350,00
5	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	1	$ 245.800,00	$ 24.580,00	$ 221.220,00
6	DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DE LOS DEDOS DEL PIE NO ESPECIFICADAS	1	$ 677.600,00	$ 67.760,00	$ 609.840,00
	TOTAL				**1.282.410,00**

10. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 592-DISANEJC-DMSOC-2025, SE RECIBIERON LAS FACTURAS POR PARTE DEL CONTRATISTA, EN DONDE SE REALIZO 6 PROCEDIMIENTO RELACIONADO DENTRO DEL CONTRATO DENTRO DE LOS HORARIOS ESTABLECIDOS, A LOS PACIENTES RELACIONADOS EN LOS SOPORTES, PARA SU VERIFICACION Y CONTROL.

10. NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANCIA

11. ANEXOS AL INFORME

SE ENTREGA ACTA DE RECIBO A SATISFACCION, INFORME DE SUPERVISION NO. 07
FACTURA CON RELACION Y SOPORTE DE LAS PROCEDIMIENTOS
PLANILLA DE PARAFISCALES
CERTIFICADO DE PARAFISCALES



CT. JESSEI KATHERINE FUENTES PINZON

SUPERVISORA