MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARMANGA

San José de Cúcuta, 21 JULIO de 2025

Señor Mayor
DIEGO ANDRES BONILLA CASTAÑEDA
Subdirector Administrativo y Financiero Dispensario Médico de Bucaramanga
Avda., Quebrada seca No. 33ª- 207
Bucaramanga, Santander

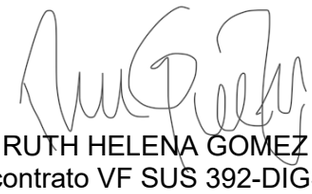
ASUNTO: ACTA DE RECIBO A SATISFACCION No. __000815__ FOLIO _27___

ACEPTACIÓN DE OFERTA No.	VF SUS 392-DIGSAN/DMBUG-2024
CDP No.	49024 07/02/2024 5025 04/01/2025
CRP No.	102924 17/09/2024 5025 04/01/2025
FECHA DE SUSCRIPCION	17 SEPTIEMBRE DE 2024
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD EN EL AREA DE CONSULTA RADIOLOGIA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA Y PROCEDIMIENTOS AFINES, PARA TODOS LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFFMM ADSCRITOS Y AUTORIZADOS POR EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS30 EN CUCUTA, NORTE DE SANTANDER PARA LA VIGENCIA DE 2024
CONTRATISTA	ECOIMAGEN SALUD S.A.S.
CONTRATOS MODIFICATORIOS O ADICIONALES	N/A
VALOR DE CONTRATO 2024	$30.000.000,00
VALOR DE REDUCCION 2024	$29.074.620,00
VALOR DE SUSTITUCION 2025	$29.074.620,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$30.000.000,00
VALOR A TRAMITAR A LA FECHA	$ 70.484,00
LOTES N°	ACTA DE GLOSA AR000372
FECHA DE ENTREGA	JULIO 2025
FORMA DE PAGO	EL DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA SE OBLIGA A PAGAR EL VALOR DEL CONTRATO, DE FORMA PARCIAL, DE ACUERDO A FACTURACION, DENTRO DE LOS SESENTA (60) DIAS HÁBILES, SIGUIENTES AL RECIBO A SATISFACCION DE LOS SERVICIOS Y VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO
FECHA DE ENTREGAS FACTURACION	JUNIO 2025

EN SAN JOSÉ DE CUCUTA A LOS 21 DIAS DEL MES DE JULIO DEL AÑO 2025 LA SEÑORA MY. RUTH HELENA GOMEZ MOLINA COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO NO. VF SUS 392-DIGSA/DMBUG-2024, CON EL FIN DE EFECTUAR EL CORRESPONDIENTE RECIBO A SATISFACCIÓN DEL SERVICIO, OBJETO DEL CONTRATO NO. VF SUS 392-DIGSA/DMBUG-2024 DESCRITO EN LA CLAUSULA PRIMERA DEL MISMO, QUE SE CUMPLIÓ CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS DENTRO DE LAS NORMAS Y ESPECIFICACIONES DEL CONTRATO, DE IGUAL FORMA DENTRO DEL PLAZO CONTRACTUAL ESTABLECIDO.

EL SUPERVISOR HACE CONSTAR QUE EL OBJETO CONTRATADO HA SIDO ENTREGADO POR EL CONTRATISTA Y LOS BIENES Y/O SERVICIOS RECIBIDOS A ENTERA SATISFACCIÓN.

NO SIENDO OTRO EL MOTIVO DE LA PRESENTE EN CONSTANCIA FIRMA LOS QUE EN ELLA INTERVIENEN EN LA CIUDAD DE CUCUTA (NORTE DE SANTANDER).



Mayor RUTH HELENA GOMEZ MOLINA
Supervisor de contrato VF SUS 392-DIGSA/DMBUG-2024

San José de Cúcuta, 21 JULIO de 2025

Señor Mayor
DIEGO ANDRES BONILLA CASTAÑEDA
Subdirector Administrativo y Financiero Dispensario Médico de Bucaramanga
Avda., Quebrada seca No. 33ª- 207
Bucaramanga, Santander

ASUNTO: INFORME DE SUPERVISION No. 05 VF

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.	VF SUS 392-DIGSAN/DMBUG-2024
CDP No.	49024 07/02/2024 5025 04/01/2025
CRP No.	102924 17/09/2024 5025 04/01/2025
FECHA DE SUSCRIPCION	23 SEPTIEMBRE DE 2024
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD EN EL AREA DE CONSULTA RADIOLOGIA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA Y PROCEDIMIENTOS AFINES, PARA TODOS LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFFMM ADSCRITOS Y AUTORIZADOS POR EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS30 EN CUCUTA, NORTE DE SANTANDER PARA LA VIGENCIA DE 2024
CONTRATISTA	ECOIMAGEN SALUD S.A.S.
CONTRATOS MODIFICATORIOS O ADICIONALES	N/A
VALOR DE CONTRATO 2023	$30.000.000,00
VALOR DE REDUCCION 2023	$29.074.620,00
VALOR DE ADICCION VF	$29.074.620,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$30.000.000,00
VALOR A TRAMITAR A LA FECHA	$ 70.484,00
LOTES N°	ACTA DE GLOSA AR000372
FECHA DE ENTREGA	JULIO 2025
FORMA DE PAGO	EL DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA SE OBLIGA A PAGAR EL VALOR DEL CONTRATO, DE FORMA PARCIAL, DE ACUERDO A FACTURACION, DENTRO DE LOS SESENTA (60) DIAS HÁBILES, SIGUIENTES AL RECIBO A SATISFACCION DE LOS SERVICIOS Y VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO
FECHA DE ENTREGAS FACTURACION	JUNIO 2025

APROBACION POLIZA

Por encontrarse la Garantía Única de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 7° de la ley 1150 de 2007 y en los artículos 5.1.11° y 5.1.12° del Decreto 0734 de 2012, fue aprobada póliza 475-47-994000067159 del 29 de Noviembre/2024 y N° 475-74-994000011642 del 29 de noviembre de 2024 (RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL) expedida por ASEGURADORA SOLIDARIA, que cubre los riesgos de:

RIESGO ASEGURADO	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA
CUMPLIMIENTO	$6.000.000.00	17/09//2024 30/10/2025
CALIDAD DEL SERVICIO	$6.000.000.00	17/09//2024 30/10/2025
RESPONSABILIDAD CIVIL	$260.000.000.00	17/09//2024 30/04/2025
PRESTACIONES SOCIALES	$1.500.000.00	17/09//2024 30/04/2028

MODIFICATORIOS Y/O ADICIONALES

MODIFICATORIO N° 1	VALOR MODIFICATORIO
PRORROGA VIGENCIA 28 DICIEMBRE 2024	$0.00
VALOR DE REDUCCION 2024	$29.074.620,00
VALOR DE SUSTITUCION 2025	$29.074.620,00

DESARROLLO DE LA SUPERVISION DEL CONTRATO

VERIFICACION DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Verificar que las especificaciones y condiciones particulares de los bienes o servicios contratados, correspondan a las solicitadas, definidas y aceptadas en el contrato

SERVICIO	CUMPLIÓ SI/NO	OBSERVACIONES
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRU – CUT (Incluye honorarios médicos, insumos, guía ecográfica para procedimiento, aguja automática, sala de procedimientos).	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BIOPSIA POR PUNCION CON AGUJA FINA DE MAMA (Incluye honorarios médicos, insumos, guía ecográfica para procedimiento, aguja, sala de procedimientos)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
LOCALIZACIÓN DE LESION NO PALPABLE DE MAMA CON ARPON	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
LOCALIZACION DE LESION NO PALPABLE DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BIOPSIA GLANDULA TIROIDES VIA PERCUTANEA - PAQUETE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BIOPSIA CERRADA PERCUTANEA AGUJA HIGADO - PAQUETE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA PERCUTANEA - PAQUETE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BIOPSIA RIÑON POR LUMBOTOMIA- PAQUETE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BIOPSIA CERRADA PERCUTANEA AGUJA DE PROSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO, AXILA) VÍA PERCUTÁNEA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA PERCUTÁNEA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BIOPSIA DE PÁNCREAS VÍA PERCUTÁNEA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BIOPSIA CERRADA DE PULMÓN VÍA PERCUTÁNEA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado

SERVICIO	CUMPLIÓ SI/NO	OBSERVACIONES
PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA VÍA PERCUTÁNEA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
DRENAJE DE COLECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
NEFROSTOMÍA VÍA PERCUTANEA SOD	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
IMPLANTE DE CATÉTER (INTRAVENTRICULAR, INTRACÍSTICO) CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO SOD PARA QUIMIOTERAPIA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD INFERIOR POR PUNCIÓN	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ANGIOPLASTIA O ATERECTOMÍA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALÓN	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ANGIOPLASTIA DE MIEMBROS SUPERIORES CON BALON Y STENT	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ANGOIPLASTIA DE MIEMBROS SUPERIORES CON BALON	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ANGIOPLASTIA O ATERECTOMÍA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALÓN, PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
INSERCION DE CATÉTER PERMANENTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RETIRO DE CATÉTER PERMANENTE PARA HEMODIÁLISIS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
DRENAJE BILIAR VÍA PERCUTÁNEA Y COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
DRENAJE DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA PERCUTÁNEA (VIA BILIAR INTERNO - EXTERNO)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURAS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES (MALFORMACIONES)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
OCLUSIÓN DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES, VÍA ENDOVASCULAR (MALFORMACIONES)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RETIRO DE CATÉTER INTRARTERIAL O INTRAVENOSO PERMANENTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RETIRO DE CATETER PERITONEAL PARA QUIMIOTERAPIA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA ABIERTA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
PIELOGRAFIA A TRAVES DE TUBO DE NEFROSTOMIA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
INSERCION DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA (INFERIOR/SUPERIOR) SOD	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BLOQUEO DE PLEJO CELIACO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BLOQUEO DE NERVIO HIPOGASTRICO SUPERIOR	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BLOQUEO SIMPATICO PRESACRO (GANGLIO IMPAR WALTER)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BLOQUEO DE RAMA DEL NERVIO TRIGEMINO Y ESFENOPALATINO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BLOQUEO REGIONAL CONTINUO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDON SOD	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA SOD	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL(CERVICAL, TORACICO, LUMBAR)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
INYECCION DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGESICOS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
GANGLIOLISIS DE NERVIOS VERTEBRALES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado

SERVICIO	CUMPLIÓ SI/NO	OBSERVACIONES
GANGLIOLISIS DE NERVIOS SIMPATICOS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
INYECCCION DE ANESTECIA DENTRO DE NERVIO PERIFERICO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
INYECCCION DE ANESTECIA DENTRO DE NERVIO DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
NEUROLISIS DE NERVIO SIMPATICO UNICO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
NEUROLISIS DE PLEXO HIPOGASTRICO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
NEUROLISIS DE PLEJO CELIACO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
INSERCION DE BOMBA DE INFUSION TOTALMENTE IMPLANTABLE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
REVISION DE NEUROESTIMULADOR	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
IMPLANTACION DE GENERADOR PARA NEUROESTIMULACION INTRACRANEAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
HISTEROSALPINGOGRAFIA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
INYECCION DE ANESTESICO EN CANAL ESPINAL(CAUDAL)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
FLEBOGRAFIA [VENOGRAFIA] ABDOMINAL O PELVICA (SELECTIVA)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
OCLUSION DE VENAS INTRAABDOMINALES VIA ENDOVASCULAR	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
PORTOGRAFIA TRANSHEPATICA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO PROFUNDO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado

CONDICIONES ADICIONALES A EVALUAR

1. VERIFICACION DE HABILITACION DE LOS SERVICIOS FACTURADOS VS. CONTRATADOS: UNA VEZ VERIFICADA LA FACTURA SE ENCUENTRA HABILITADA LA ENTIDAD

2. OPORTUNIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO: SI

3. CALIDAD DEL SERVICIO: NO SE PRESENTO NINGUNA NOVEDAD EN EL SERVICIO

4. PROCESO DE AUTORIZACION (referencia y contra referencia): CUMPLIO

5. REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS, RIPS, ESTADISTICAS REQUERIDAS: N/A

VERIFICACION OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

TIEMPO DE RESPUESTA: CUMPLIO LOS REQUERIMIENTOS ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO

TIEMPO EN PROCESO DE RADICACION DE FACTURACION AUDITORIA Y OLIMPIA: CUMPLIO

SERVICIOS o BIENES RECIBIDOS A LA FECHA

Mediante el acta que a continuación se relacionan entregó dentro del plazo establecido en el Contrato, AL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – EJÉRCITO NACIONAL-DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA, los bienes y/o servicios objeto del contrato, los cuales se recibieron a satisfacción.

PAGOS EFECTUADOS

A la fecha se le ha cancelado lo siguiente:

PAGOS EFECTUADOS	LOTES	VALOR
PAGO N°01	AD000000597	$ 925.380,00
PAGO N°02 SUS VF	AD000007156	$ 925.380,00
PAGO N°03 SUS VF	AD000009986	$ 3.084.800,00
PAGO N°04 SUS VF	AD000015490	$ 164.600,00
PAGO N°05 SUS VF		$ 1.850.760,00
PAGO N°06 SUS VF	ACTA DE GLOSA AR000372	$ 70.484,00
TOTAL		**$ 6.096.024,00**

BALANCE DEL CONTRATO

VALOR INICIAL DE CONTRATO 2024	$ 30.000.000,00
VALOR REDUCCION 2024	$ 29.074.620,00
VALOR SUSTITUCION 2025	$ 29.074.620,00
VALOR CANCELADO 2024	$ 925.380,00
VALOR CANCELADO 2025	$ 6.025.540,00
VALOR POR TRAMITAR	$ 70.484,00
VALOR PENDIENTE POR TRAMITAR	$ 22.978.596,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 30.000.000,00**

NIVEL DE EJECUCION Y AVANCE DEL CONTRATO

% EJECUCION FINANCIERA CANCELADO	% EJECUCION PENDIENTEN POR EJECUTAR
21%	78 %

CUMPLIMIENTO PARAFISCALES

Se deja constancia del cumplimiento por parte del contratista de acuerdo a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 20002 y el parágrafo 2° del artículo1° de la ley 828 de 2003, en concordancia con el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 129 de 2010, en cuanto al cumplimiento de las obligaciones frente al sistema de seguridad social integral, parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar)

ACTIVIDADES DE SUPERVISION

Una vez revisada la facturación del contratista radicada en la UNION TEMPORAL AUDITOOL se pudo establecer que tarifas que cobraron están acorde a las estipuladas en el contrato No. VF SUS392-DIGSA/DMBUG-2024 se dejan como soporte en el trámite de pago.

CONCLUSIÓN.

Por lo anterior, el suscrito supervisor hace constar que la información suministrada en el presente informe es veraz y cumple con los parámetros establecidos con el objeto del contrato

Atentamente,

Mayor RUTH HELENA GOMEZ MOLINA
SUPERVISOR DEL CONTRATO VF SUS 392-DIGSA/DMBUG-2024