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

San José de Cúcuta, 05 de diciembre de 2024

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. __01474____ FOLIO _45____

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.	380-DIGSAN/DMBUG-2024
CDP No.	48224 07/02/2024
CRP No.	80424 28/08/2024
FECHA DE SUSCRIPCION	27 DE AGOSTO DE 2024
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS RADIOGRAFÍAMAMOGRAFÍA-TAC-RESONANCIA- ECOGRAFÍA Y DEMAS PROCEDIMIENTOS AFINES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL BASPC30, EN LA CIUDAD DE CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER PARA LA VIGENCIA DE 2024.
CONTRATISTA	ECOIMAGEN SALUD S.A.S.
CONTRATOS MODIFICATORIOS O ADICIONALES	N/A
VALOR DE CONTRATO 2023	$130.000.000,00
VALOR DE REDUCCION 2023	$00
VALOR DE ADICCION VF	$00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$130.000.000,00
FACTURAS A PAGAR	TAPA / LOTE N° CA000021501-CA000021461-CA000021935-CA000022167
VALOR A TRAMITAR A LA FECHA	$20.894.367.00
FECHA DE ENTREGA	DICIEMBRE DE 2024
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	DICIEMBRE DE 2024

EN SAN JOSÉ DE CUCUTA A LOS 05 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2024 EL SEÑOR MY. JUAN ANDRES ACEVEDO FONTECHA COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO NO. 380-DIGSA/DMBUG-2024, CON EL FIN DE EFECTUAR EL CORRESPONDIENTE RECIBO A SATISFACCIÓN DEL SERVICIO, OBJETO DEL CONTRATO NO. 380-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 JUAN ANDRES ACEVEDO FONTECHA
Supervisor de contrato

San José de Cúcuta, 05 de diciembre de 2024

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. 08

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.	380-DIGSAN/DMBUG-2024
CDP No.	48224. 07/02/2024
CRP No.	80424. 28/08/2024
FECHA DE SUSCRIPCION	27 DE AGOSTO DE 2024
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS RADIOGRAFÍAMAMOGRAFÍA-TAC-RESONANCIA- ECOGRAFÍA Y DEMAS PROCEDIMIENTOS AFINES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL BASPC30, EN LA CIUDAD DE CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER PARA LA VIGENCIA DE 2024.
CONTRATISTA	ECOIMAGEN SALUD S.A.S.
CONTRATOS MODIFICATORIOS O ADICIONALES	N/A
VALOR DE CONTRATO 2023	$130.000.000,00
VALOR DE REDUCCION 2023	$00
VALOR DE ADICCION VF	$00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$130.000.000,00
FACTURAS A PAGAR	TAPA / LOTE N° CA000021501-CA000021461-CA000021935-CA000022167
VALOR A TRAMITAR A LA FECHA	$20.894.367.00
FECHA DE ENTREGA	DICIEMBRE DE 2024
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	DICIEMBRE DE 2024

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 475-74-994000011580 de fecha 28 DE AGOSTO DE 2024 expedida por ASEGURADORA SOLIDARIA. (RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL) expedida por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA que cubre los riesgos de:

RIESGO ASEGURADO	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA

CUMPLIMIENTO	$26.000.000.00	27/08/2024 30/09/2025
CALIDAD DEL SERVICIO	$6.500.000.00	27/08/2024 30/03/2028
RESPONSABILIDAD CIVIL	$26.000.000.00	27/08/2024 30/09/2025
SALARIOS Y PRESTACIONE	$260.000.000.00	27 08 2024– 31 03 2025

MODIFICATORIOS Y/O ADICIONALES

DESARROLLO DE LA SUPERVISION DEL CONTRATO

VERIFICACION DE LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS

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
ELASTOGRAFIA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DE ORBITA MODO A Y B	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DE MASAS DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DE RECTO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA PELVICA GINECOLÓGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR: HIGADO, PANCREAS, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO Y GRANDES VASOS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL: HIGADO, PANCREAS, VESICULA, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado

ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DE CUELLO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA ARTICULAR DE CADERA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DE CALCANEO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TORAX: PERICARDIO O PLEURA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DE OTROS SITIOS TORACICOS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DIAGNOSTICA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7MHZ O MAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DE ABDOMEN: PILORO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSRECTAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO O INTERVENCIONISTA (55)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL) (62)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL (62)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER DE VENA CAVA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR CON ANALISIS DOPLER DUPLEX	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado

ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFERICOS DEL CUELLO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PELVICOS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTERICAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER DE TRONCO CELIACO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS ILIACAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS ABDOMINALES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
PLETISMOGRAFIA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS SUPERIORES (CANTIDAD 1 PIERNA)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
PLETISMOGRAFIA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS SUPERIORES (CANTIDAD 1 PIERNA)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
PLETISMOGRAFIA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS INFERIORES (CANTIDAD 1 PIERNA)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
PLETISMOGRAFIA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS INFERIORES (CANTIDAD 1 PIERNA)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
MEDICION DE PRESIONES SEGMENTARIAS E INDICES ARTERIALES CON DOPPLER (CANTIDAD UNA EXTREMIDAD)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DINAMICA DE PISO PELVICO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado

ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
PERFIL BIOFISICO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOCARDIOGRAFIA FETAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS PELVICAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN HIPERTENSION PORTAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	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
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO CON CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE OIDO PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPOFISIS)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE RINOFARINGE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ORBITAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORACICO, LUMBAR Y/O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMBAR Y/O SACRO COMPLEMENTO A MIELOGRAFIA (CADA SEGMENTO)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CUELLO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE LARINGE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado

TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VIAS URINARIAS [UROTC]	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
UROGRAFIA CON TOMOGRAFIA COMPUTADA(NO INCLUYE MEDIO DE CONTRASTE)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CADERA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE PELVIS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSION TIBIAL)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE ROTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
SOPORTE ANESTESICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
PIELOGRAFIA RETROGRADA UNILATERAL INCLUYE MEDIO DE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
UROGRAFIA INTRAVENOSA INCLUYE MEDIO DE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE ESOFAGO INCLUYE MEDIO DE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
FARINGOGRAFIA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCION)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS Y TRANSITO INTESTINAL NCLUYE MEDIO DE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS NCLUYE MEDIO DE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE TRANSTIO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE NCLUYE MEDIO DE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA NCLUYE MEDIO DE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE NCLUYE MEDIO DE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS CON DOBLE CONTRASTE NCLUYE MEDIO DE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
URETROGRAFIA RETROGRADA A TRAVES DE CATETER O URETEROSTOMIA NCLUYE MEDIO DE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado

URETROGRAFIA RETROGRADA NCLUYE MEDIO DE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
CISTOGRAFIA CON PROYECCIONES OBLICUAS NCLUYE MEDIO DE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
URETROCISTOGRAFIA NCLUYE MEDIO DE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL NCLUYE MEDIO DE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA NCLUYE MEDIO DE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
PIELOGRAFIA PERCUTANEA NCLUYE MEDIO DE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
PIELOGRAFIA A TRAVES DE TUBO DE NEFROSTOMIA UNILATERAL NCLUYE MEDIO DE CONTRASTE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
OSTEODENSITOMETRIA POR ABSOCION DUAL DE RAYOS X	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES TEST FARRIL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION TIBIAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR [ATM]	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
GUIA ECOGRAFICA PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE MAMA-ACR	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado

RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE CADERA, PELVIS O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE FARINGE [FARINGOGRAFIA]	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE CODO AP Y LATERAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE COLUMNA UNION CERVICO DORSAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE AP Y LATERAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO AP Y LATERAL U OBLICUA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE ESTERNON	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP, LATERAL)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE HOMBRO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE HUMERO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE MALAR	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE ORBITAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE PELVIS (CADERA) COMPARATIVA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado

RADIOGRAFIA DE PEÑASCOS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA AP Y LATERAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA AP Y LATERAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A.Ó A.P.Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS Ó LATERAL CON BARIO)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE BASE DE CRÁNEO O SILLA TURCA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO FUNCIONAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO CON TRACTOGRAFIA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA PARA EVALUACION DINAMICA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE PARES CRANEANOS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE OIDOS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE SENOS PARANASALES O CARA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado

RESONANCIA MAGNETICA DE CUELLO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE X1	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA CON CONTRASTE X1	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE X1	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROILIACA SIMPLE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROILIACA CON CONTRASTE X1	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA CON CONTRASTE X1	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RASTREO DE COLUMNA TOTAL POR RESONANCIA MAGNETICA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DEL TORAX	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON VALORACION DE LA MORFOLOGIA (CARACTERIZACION TISULAR)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON MAPEO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON VALORACION FUNCIONAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON ESTRES (FISICO O FARMACOLOGICO)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ANGIORRESONANCIA DE TORAX (SIN INCLUIR CORAZON)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA CONTRASTADA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE OTRAS ESTRUCTURAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX Y SISTEMA CARDIOVASCULAR	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado

COLANGIORESONANCIA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE VIA URINARIA [URORRESONANCIA]	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE INTESTINO [ENTERORM]	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DINAMICA DE PISO PELVICO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA OBSTETRICA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE PLACENTA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE MEDULA OSEA (ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECIFICO)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECIFICO)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE PLEJO BRAQUIAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE CUERPO ENTERO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE SITIO NO ESPECIFICADO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA CON PERFUSION	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
ESPECTROSCOPIA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DE VASOS	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA CON ESTUDIO DINAMICO (CINE RESONANCIA)	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA CON RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado

RESONANCIA MAGNETICA CON RECONSTRUCCION VIRTUAL	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
DIFUSION POR RESONANCIA MAGNETICA	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
RESONANCIA MAGNETICA DEL HIPOCAMPO CON ANALISIS VOLUMETRICO	SI	Se prestó el servicio de acuerdo a lo requerido y/o autorizado
SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO	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	CA000015323	$1.459.619.00
PAGO N°02	CA000017587-CA000017711-CA000017650-CA000017705	$20.707.156.00
PAGO N°03	CA000017623-CA000017672-CA000017722	$11.034.669.00
PAGO N°04	CA000017600	$5.919.370.00
PAGO N°05	CA000017742	$835.636.00
PAGO N° 06	CA000021256	$6.595.871.00
PAGO N° 07	CA000021446-CA000021292-CA000021489-CA000021946-CA000021305-CA000021923	$36.747.091.00
PAGO N° 08	CA000021501-CA000021461-CA000021935-CA000022167	$20.894.367.00
TOTAL		$104.193.779.00

BALANCE DEL CONTRATO

VALOR TOTAL DE CONTRATO	$130.000.000.00
VALOR TRAMITADO A LA FECHA	$83.299.412.00
VALOR A TRAMITAR	$20.894.367.00
VALOR PENDIENTE POR TRAMITAR	$25.806.221.00

NIVEL DE EJECUCION Y AVANCE DEL CONTRATO

% EJECUCION FINANCIERA CANCELADO	% EJECUCION PENDIENTE POR EJECUTAR
80.15%	19.85%

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. 380-DIGSA/DMBUG-2024 se dejan como soporte en el trámite de pago.

CONCLUSION.

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 JUAN ANDRES ACEVEDO FONTECHA
SUPERVISOR DEL CONTRATO N° 380