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

San José de Cúcuta, 09 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. __01502__ FOLIO _46___

| | |
|---|---|
| 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° CA000021998-CA000021231 |
| VALOR A TRAMITAR A LA FECHA | $3.205.087.00 |
| 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 09 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, 09 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. 09

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° CA000021998-CA000021231 |
| VALOR A TRAMITAR A LA FECHA | $3.205.087.00 |
| 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 |
| PAGO N° 09 | CA000021998-CA000021231 | $3.205.087.00 |
| TOTAL | | $107.398.866.00 |

BALANCE DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| VALOR TOTAL DE CONTRATO | $130.000.000.00 |
| VALOR TRAMITADO A LA FECHA | $104.193.779.00 |
| VALOR A TRAMITAR | $3.205.087.00 |
| VALOR PENDIENTE POR TRAMITAR | $22.601.134.00 |

NIVEL DE EJECUCION Y AVANCE DEL CONTRATO

| % EJECUCION FINANCIERA CANCELADO | % EJECUCION PENDIENTE POR EJECUTAR |
|---|---|
| 82.61% | 17.38% |

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