

<div>MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL</div> <div>FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA</div> <div>EJERCITO NACIONAL</div>		<div>INFORME DE SUPERVISIÓN N° 17 (OCTUBRE 2025)</div>			
<div>DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO</div> <div>DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE "HÉROES DE SUMAPAZ"</div>		<div>FECHA INFORME : (23/10/2025)</div>			
1. INFORMACIÓN CONTRATO U ORDEN DE COMPRA					
No. CONTRATO: 592-DISANEJC-DMSOC-2025		FECHA INICIO CTO: 16/04/2025			
		FECHA APROBACIÓN POLIZA: 15/04/2025			
NOMBRE DEL CONTRATISTA: HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE		NIT o CC: 891.800.395			
PLAZO DE EJECUCIÓN:	30/11/2025	LUGAR DE ENTREGA:	El servicio contratado se prestará a solicitud del supervisor o funcionario encargado en el Municipio Municipio MONIQUIRA , Departamento de Boyacá en las instalaciones del ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ- BOYACA.		
OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITO AL ESM BAS01, UBICADOS EN LA PROVINCIA DE RICAURTE MUNICIPIO DE MONIQUIRÁ Y ZONAS DE INFLUENCIA REGIONAL LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS A LA REGIONAL 9 DURANTE LA VIGENCIA 2025."					
<p>FORMA DE PAGO: El valor del contrato se cancelará en pagos parciales previa suscripción de las actas de recibo y visto bueno del supervisor del contrato, las cuales se cancelarán dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a su expedición, previo cumplimiento de los siguientes requisitos:</p> <p>a. Acta de recibo a satisfacción por parte del Ministerio de Defensa Nacional Ejercito Nacional-DISPENSARIO MEDICO DE SUR OCCIDENTE. Este requisito debe ser plasmado en el informe de Supervisión y el Acta de recibo a satisfacción respectivo.</p> <p>b. Situación de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Credito publico Dirección del Tesoro Nacional (A 60 DIAS DISPONIBILIDAD DE ASIGNACIÓN CUPO PAC).</p> <p>c. Que se ejecuten los demás trámites administrativos correspondientes.</p> <p>d. Verificación por parte del MDN-Ejercito nacional, del cumplimiento del contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF, y cajas de compensación (En los casos que aplique de acuerdo con el Decreto No. 0862 de fecha 26 de abril de 2013).</p> <p>NOTA1: EN EL EVENTO DE AMPLIACIÓN DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO, SE POSTERGARA EL PAGO EN EL MISMO TERMINO, CONSIDERANDO EL RECIBO A SATISFACCIÓN.</p> <p>NOTA2: EL DISPENSARIO MEDICO DE SUR OCCIDENTE, no se responsabiliza por la demora en el pago al CONTRATISTA, cuando ello fuese provocado por encontrarse incompleta la documentación que sirva de soporte para el tramite y no se ajuste a los requisitos establecidos en el artículo 617 del estatuto tributario. Para los pagos, el contratista debiera presentar factura comercial, de conformidad con el artículo 617 del estatuto tributario, así:</p> <p>Denominación expresa como factura de venta.</p> <p>PARÁGRAFO SEGUNDO. En el evento de prórroga para el desarrollo del objeto del contrato, se postergará el pago.</p> <p>PARAGRAFO TERCERO: Se realizarán los pagos en la cuenta bancaria indicada por el contratista</p> <p>Los pagos se harán a la CUENTA CORRIENTE BANCO DAVIVIENDA No. 0560176769999085 A NOMBRE DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ, identificado con NIT NO. 891.800.395</p>					
2. MODIFICATORIOS					
TIPO	VALOR	OBJETO DE LA MODIFICACION			
3. VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA					
VALOR INICIAL	\$	55.000.000,00			
VALOR ADICIÓN	\$	26.000.000,00			
VALOR REDUCCIÓN	\$	-			
VALOR VIGENCIA FUTURA	\$	-			
VALOR TOTAL	\$	81.000.000,00			
4. INFORMACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES					
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: 64425	FECHA: 14/04/2025	VALOR: 55.000.000			
REGISTRO PRESUPUESTAL N°: 64625	FECHA: 14/04/2025	VALOR: 55.000.000			
5. FACTURA PARA TRÁMITE A PAGO					
No. FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICACIÓN	SUBTOTAL FACTURA	VALOR IVA	VALOR A PAGAR
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
TOTAL A CANCELAR				\$	-

6. FACTURACIÓN PROVENIENTE DE AUDITORÍA CUENTAS MÉDICAS						
No. FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICADO	VALOR FACTURA	VALOR GLOSA POR	VALOR LEVANTADO PAGO	
FHM651185	30-09-2025	01-10-2025	\$ 73.800,00	-	\$	73.800,00
FHM651187	30-09-2025	01-10-2025	\$ 331.600,00	-	\$	331.600,00
FHM651150	30-09-2025	01-10-2025	\$ 372.500,00	-	\$	372.500,00
FHM650567	29-09-2025	01-10-2025	\$ 129.700,00	-	\$	129.700,00
FHM651319	30-09-2025	01-10-2025	\$ 137.000,00	-	\$	137.000,00
FHM651270	30-09-2025	01-10-2025	\$ 77.300,00	-	\$	77.300,00
FHM651210	30-09-2025	01-10-2025	\$ 73.800,00	-	\$	73.800,00
FHM651282	30-09-2025	01-10-2025	\$ 121.600,00	-	\$	121.600,00
FHM651179	30-09-2025	01-10-2025	\$ 73.800,00	-	\$	73.800,00
FHM651188	30-09-2025	01-10-2025	\$ 1.370.100,00	-	\$	1.370.100,00
FHM651283	30-09-2025	01-10-2025	\$ 277.000,00	-	\$	277.000,00
FHM651227	30-09-2025	01-10-2025	\$ 243.400,00	-	\$	243.400,00
FHM651288	30-09-2025	01-10-2025	\$ 73.800,00	-	\$	73.800,00
FHM651158	30-09-2025	01-10-2025	\$ 300.000,00	-	\$	300.000,00
FHM651177	30-09-2025	01-10-2025	\$ 73.800,00	-	\$	73.800,00
FHM651198	30-09-2025	01-10-2025	\$ 149.000,00	-	\$	149.000,00
FHM651285	30-09-2025	01-10-2025	\$ 77.300,00	-	\$	77.300,00
FHM651156	30-09-2025	01-10-2025	\$ 73.800,00	-	\$	73.800,00
FHM651175	30-09-2025	01-10-2025	\$ 73.800,00	-	\$	73.800,00
FHM636714	08-09-2025	01-10-2025	\$ 73.800,00	-	\$	73.800,00
FHM651208	30-09-2025	01-10-2025	\$ 73.800,00	-	\$	73.800,00
FHM651165	30-09-2025	01-10-2025	\$ 73.800,00	-	\$	73.800,00
FHM651129	30-09-2025	01-10-2025	\$ 1.219.600,00	-	\$	1.219.600,00
FHM651360	30-09-2025	01-10-2025	\$ 73.800,00	-	\$	73.800,00
FHM651275	30-09-2025	01-10-2025	\$ 73.800,00	-	\$	73.800,00
FHM651206	30-09-2025	01-10-2025	\$ 73.800,00	-	\$	73.800,00
FHM651290	30-09-2025	01-10-2025	\$ 20.500,00	-	\$	20.500,00
FHM651294	30-09-2025	01-10-2025	\$ 201.000,00	-	\$	201.000,00
FHM637302	09-09-2025	01-10-2025	\$ 73.800,00	-	\$	73.800,00
FHM651196	30-09-2025	01-10-2025	\$ 166.000,00	-	\$	166.000,00
FHM651296	30-09-2025	01-10-2025	\$ 73.800,00	-	\$	73.800,00
FHM634917	04-09-2025	01-10-2025	\$ 77.300,00	-	\$	77.300,00
SUBTOTAL			\$ 6.377.900,00	\$ -	\$	6.377.900,00
7. EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA						
CONCEPTO		V/R CONTRATO	VALOR CANCELADO	VALOR A TRAMITAR PAGO	VALOR PENDIENTE DE PAGO	
VALOR CONTRATO U ORDEN COMPRA		\$ 81.000.000,00				
SERVICIOS PRESTRADOS SEPTIEMBRE 2025			\$ 61.123.753,00	\$ 6.377.900,00	\$ 13.498.347,00	
TOTAL		\$ 81.000.000,00	\$ 61.123.753,00	\$ 6.377.900,00		
% DE EJECUCION VALOR CANCELADO		75%	% DE EJECUCION VALOR A TRAMITAR PAGO		8%	
7.1. PAGOS EFECTUADOS CONTRATO U ORDEN DE COMPRA						
VALOR CONTRATADO	No. ORDEN DE PAGO	FECHA ORDEN PAGO	VALOR PAGADO	VALOR PENDIENTE DE PAGO		
\$ 81.000.000,00	197881225	20/06/2025	\$ 720.360,00	\$ -		
	197895925	20/06/2025	\$ 7.723.973,00	\$ -		
	237735025	11/07/2025	\$ 12.491.202,00	\$ -		
	247492825	18/07/2025	\$ 1.835.204,00	\$ -		
	247527725	18/07/2025	\$ 1.637.042,00	\$ -		
	288805925	12/08/2025	\$ 28.390.680,00	\$ -		
	295874725	21/08/2025	\$ 4.206.571,00	\$ -		
	304618325	01/09/2025	\$ 1.282.410,00	\$ -		
	312541425	01/09/2025	\$ 20.133.214,00	\$ -		
	330022325	10/09/2025	\$ 2.313.250,00	\$ -		
	334376925	12/09/2025	\$ 481.991,00	\$ -		
	340571525	17/09/2025	\$ 100.298,00	\$ -		
	357522625	26/09/2025	\$ 2.074.485,00	\$ -		
	357933425	26/09/2025	\$ 5.665.327,00	\$ -		
	391497425	16/10/2025	\$ 196.907,00	\$ -		
7.2. ESTADO FINANCIERO CONTRATO U ORDEN DE COMPRA						
VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA		\$	81.000.000,00			
VALOR CANCELADO		\$	61.123.753,00			
VALOR A TRAMITAR A PAGO		\$	6.377.900,00			
VALOR SALDO CONTRATO		\$	13.498.347,00			

8. RELACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS RECIBIDOS					
ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR GLOSA	VALOR TOTAL
1	HIPERCOLESTEROLEMIA PURA	1	\$ 73.800,00	-	\$ 73.800,00
2	HIPERCOLESTEROLEMIA PURA	1	\$ 331.600,00	-	\$ 331.600,00
3	SINTOMATICOS RELACIONADOS CON	1	\$ 372.500,00	-	\$ 372.500,00
4	SINTOMATICOS RELACIONADOS CON	1	\$ 129.700,00	-	\$ 129.700,00
5	TUMOR BENIGNO DEL OVARIO	1	\$ 137.000,00	-	\$ 137.000,00
6	EDEMA ANGIONEUROTICO	1	\$ 77.300,00	-	\$ 77.300,00
7	FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE	1	\$ 73.800,00	-	\$ 73.800,00
8	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	1	\$ 121.600,00	-	\$ 121.600,00
9	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	1	\$ 73.800,00	-	\$ 73.800,00
10	DOLOR EN EL PECHO NO ESPECIFICADO	1	\$ 1.370.100,00	-	\$ 1.370.100,00
11	DOLOR PELVICO Y PERINEAL	1	\$ 277.000,00	-	\$ 277.000,00
12	ANGINA DE PECHO NO ESPECIFICADA	1	\$ 243.400,00	-	\$ 243.400,00
13	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1	\$ 73.800,00	-	\$ 73.800,00
14	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1	\$ 300.000,00	-	\$ 300.000,00
15	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1	\$ 73.800,00	-	\$ 73.800,00
16	CATARATA NO ESPECIFICADA	1	\$ 149.000,00	-	\$ 149.000,00
17	CATARATA NO ESPECIFICADA	1	\$ 77.300,00	-	\$ 77.300,00
18	EPIFORA	1	\$ 73.800,00	-	\$ 73.800,00
19	SOSPECHA DE GLAUCOMA	1	\$ 73.800,00	-	\$ 73.800,00
20	PTERIGION	1	\$ 73.800,00	-	\$ 73.800,00
21	PTERIGION	1	\$ 73.800,00	-	\$ 73.800,00
22	TRASTORNO DE LA RETINA NO ESPECIFICADO	1	\$ 73.800,00	-	\$ 73.800,00
23	SOSPECHA DE GLAUCOMA	1	\$ 1.219.600,00	-	\$ 1.219.600,00
24	SOSPECHA DE GLAUCOMA	1	\$ 73.800,00	-	\$ 73.800,00
25	SOSPECHA DE GLAUCOMA	1	\$ 73.800,00	-	\$ 73.800,00
26	ESPECIFICADO	1	\$ 73.800,00	-	\$ 73.800,00
27	CLASIFICADA EN OTRA PARTE	1	\$ 20.500,00	-	\$ 20.500,00
28	CLASIFICADA EN OTRA PARTE	1	\$ 201.000,00	-	\$ 201.000,00
29	CLASIFICADA EN OTRA PARTE	1	\$ 73.800,00	-	\$ 73.800,00
30	ENFERMEDAD RENAL CRONICA NO ESPECIFICADA	1	\$ 166.000,00	-	\$ 166.000,00
31	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	1	\$ 73.800,00	-	\$ 73.800,00
32	FOCULITIS DECALVANTE	1	\$ 77.300,00	-	\$ 77.300,00
TOTAL					6.377.900,00
10. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS					
EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 592-DISANEJC-DMSOC-2025, SE RECIBIERON LAS FACTURAS POR PARTE DEL CONTRATISTA, EN DONDE SE REALIZARON 32 PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS DENTRO DEL CONTRATO DENTRO DE LOS HORARIOS ESTABLECIDOS, A LOS PACIENTES RELACIONADOS EN LOS SOPORTES, PARA SU VERIFICACION Y CONTROL.					
10. NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANCIA					
11. ANEXOS AL INFORME					
SE ENTREGA ACTA DE RECIBO A SATISFACCION, INFORME DE SUPERVISION NO. 17 FACTURA CON RELACION Y SOPORTE DE LAS PROCEDIMIENTOS PLANILLA DE PARAFISCALES CERTIFICADO DE PARAFISCALES					
					
CT. JESSE KATHERINE FUENTES PINZON					
SUPERVISORA					