MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE "HÉROES DE SUMAPAZ"	**INFORME DE SUPERVISIÓN N° 01 (MAYO- 2026)** **FECHA INFORME : (26/05/2026)**

1. INFORMACIÓN CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

No. CONTRATO: 518-DISANEJC-DMSOC-2026	**FECHA INICIO CTO: 22/04/2026**	**FECHA APROBACIÓN POLIZA: 21/04/2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE		**NIT o CC:** 891.800.395

PLAZO DE EJECUCIÓN:	15/12/2026	**LUGAR DE ENTREGA:**	Los servicios objeto de este proceso de contratación serán entregados a solicitud del supervisor o funcionario encargado, Municipio de MONIQUIRÁ, Departamento de BOYACÁ en las instalaciones del ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ.

OBJETO DEL CONTRATO: LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD, EXÁMENES DE DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA EL PERSONAL DE USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE MONIQUIRA DEPARTAMENTO DE BOYACÁ Y SU ÁREA DE INFLUENCIA A LA REGIONAL N° 09".

FORMA DE PAGO: El contratante se obliga a pagar al contratista el valor del contrato de forma parcial, previa facturación y suscripción de las actas de recibo a satisfacción con el visto bueno del Supervisor del contrato, de acuerdo a las facturas, las cuales se cancelarán dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a la presentación de la factura comercial los diez (10) primeros días de cada mes en la ciudad de BOGOTÁ en las oficinas de la FIRMA AUDITORA designada por la DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO, el cual debe adjuntar los siguientes documentos soporte: Nota: El contratante se obliga a cumplir con la Circular Externa 020 del 12 de abril del 2021 Emitida por Ministerio de Hacienda, con las Resoluciones 000042 del 05 de mayo de 2020 y 506 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y 012 DE 2021 de la DIAN.

• Factura (s) en original y dos (2) copias con la firma del representante legal, con los soportes requeridos, donde se relaciona uno a uno los servicios prestados de la misma forma deberán presentarse como soporte legal para el pago de la facturación
• Autorización de servicios expedido por la oficina de referencia y contra referencia del E.S.M., con las respectivas firmas y sellos si se requieren. (SI las Autorizaciones son generadas por SALUD.SIS, NO requiere firma y sello)
• Copia de identificación del usuario.
• Copia del examen de laboratorio realizado, examen, o histórica clínica según el caso.
• Los soportes necesarios según la resolución 3047 de 2008.
• Copia de la planilla de aportes a la seguridad social del mes.
• Certificación del contador de la IPS donde indique que están a Paz y salvo con los aportes a la Seguridad Social.
• Copia de la tarjeta profesional del contador
• Pago de seguridad social y parafiscales

Una vez radicado la facturación en las oficinas de la FIRMA AUDITORA designada por la DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO. Esta (firma auditora) Radicara en el DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE facturación debidamente auditada teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 y dentro de los tiempos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y/o demás normas que modifiquen o adicionen. Respuesta y/o conciliación de glosas con el Prestador y notificación de estas al DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE, para continuar con el respectivo proceso de pago, dentro de los tiempos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y/o demás normas que modifiquen o adicionen.

a. Recepción a satisfacción del servicio, certificación que debe ser expedida por parte del DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE. Este requisito debe ser plasmado en un informe debidamente suscrito por el supervisor del Contrato.
b. Situación de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público Dirección del Tesoro Nacional (Asignación cupo PAC).
c. Que se ejecuten los demás trámites administrativos correspondientes.
d. El contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF y cajas de compensación familiar.

En el evento de prórroga en la entrega del objeto del contrato, por causa imputable al contratista, el pago se postergará en el mismo lapso de la prórroga.
NOTA1: EN EL EVENTO DE AMPLIACIÓN DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO, SE POSTERGARÁ EL PAGO EN EL MISMO TERMINO, CONSIDERANDOEL RECIBO A SATISFACCIÓN.
NOTA 2: EL DISPENSARIO MEDICO DE SUR OCCIDENTE, no se responsabilizará por la demora en el pago al CONTRATISTA, cuando ello fuere provocado por encontrarse incompleta la documentación que sirva de soporte para el trámite y no se ajuste a los requisitos establecidos en el artículo 617 del Estatuto Tributario. Para los pagos, el contratista deberá presentar factura comercial, de conformidad con el artículo 617 del Estatuto Tributario, así:

● Denominación expresa como factura de venta
● Apellidos, nombre o razón social y NIT del vendedor o de quien presta el servicio.
● Apellidos, nombre o razón social y NIT del adquiriente de los bienes o servicios.
● Número consecutivo de factura de venta
● Fecha de expedición de la factura

Descripción genérica o específica de los artículos vendidos o servicios prestados.

● Valor total de la operación
● Nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura
● Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas 10. Facturación electrónica

2. MODIFICATORIOS

TIPO	VALOR	OBJETO DE LA MODIFICACION

3. VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR INICIAL	$	200.000.000,00
VALOR ADICIÓN	$	-
VALOR REDUCCIÓN	$	-
VALOR VIGENCIA FUTURA	$	-
VALOR TOTAL	$	200.000.000,00

4. INFORMACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: 12826	FECHA: 18/02/2026	VALOR: 200.000.000
REGISTRO PRESUPUESTAL N°: 62026	FECHA: 15/04/2026	VALOR: 200.000.000

5. FACTURA PARA TRÁMITE A PAGO

No. FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICACIÓN	SUBTOTAL FACTURA	VALOR IVA	VALOR A PAGAR
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
			TOTAL A CANCELAR		$ -

6. FACTURACIÓN PROVENIENTE DE AUDITORÍA CUENTAS MÉDICAS

No. FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICADO	VALOR FACTURA	VALOR GLOSA POR CONCILIAR	VALOR LEVANTADO PAGO
FHM789981	14-05-2026	20/5/2026	$ 103.500,00	$ 10.470,00	$ 93.030,00
FHM791651	16-05-2026	20/5/2026	$ 123.903,00	$ 10.470,00	$ 113.433,00
FHM792347	18-05-2026	20/5/2026	$ 103.500,00	$ 10.470,00	$ 93.030,00
FHM785508	08-05-2026	20/5/2026	$ 1.233.891,00	$ 503.467,00	$ 730.424,00
FHM792339	18-05-2026	20/5/2026	$ 284.340,00	$ 20.054,00	$ 264.286,00
FHM789424	13-05-2026	20/5/2026	$ 209.792,00	$ 45.014,00	$ 164.778,00
FHM791684	16-05-2026	20/5/2026	$ 298.014,00	$ 31.054,00	$ 266.960,00
SUBTOTAL			**$ 2.356.940,00**	**$ 630.999,00**	**$ 1.725.941,00**

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	$ 200.000.000,00			
SERVICIOS PRESTRADOS MAYO 2026			$ 1.725.941,00	$ 198.274.059,00
TOTAL	$ 200.000.000,00	$ -	$ 1.725.941,00	
% DE EJECUCION VALOR CANCELADO	0%	% DE EJECUCION VALOR A TRAMITAR PAGO		1%

7.1. PAGOS EFECTUADOS CONTRATO U ORDEN DE COMPRA				
VALOR CONTRATADO	No. ORDEN DE PAGO	FECHA ORDEN PAGO	VALOR PAGADO	VALOR PENDIENTE DE PAGO
$ 200.000.000,00				

7.2. ESTADO FINANCIERO CONTRATO U ORDEN DE COMPRA		
VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA	$	200.000.000,00
VALOR CANCELADO	$	-
VALOR A TRAMITAR A PAGO	$	1.725.941,00
VALOR SALDO CONTRATO	$	198.274.059,00

8. RELACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS RECIBIDOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR GLOSA	VALOR TOTAL
1	CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUNECA Y DE LA MANO	1	$ 103.500,00	$ 10.470,00	$ 93.030,00
2	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	1	$ 123.903,00	$ 10.470,00	$ 113.433,00
3	CONJUNTIVITIS VIRAL SIN OTRA ESPECIFICACION	1	$ 103.500,00	$ 10.470,00	$ 93.030,00
4	ASMA NO ESPECIFICADO	1	$ 1.233.891,00	$ 503.467,00	$ 730.424,00
5	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DEL PIE Y DEL TOBILLO	1	$ 284.340,00	$ 20.054,00	$ 264.286,00
6	OTROS SINDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS	1	$ 209.792,00	$ 45.014,00	$ 164.778,00
7	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	1	$ 298.014,00	$ 31.054,00	$ 266.960,00
	TOTAL				**1.725.941,00**

10. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 518-DISANEJC-DMSOC-2026, SE RECIBIERON LAS FACTURAS POR PARTE DEL CONTRATISTA, EN DONDE SE REALIZARON 7 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. 01
FACTURA CON RELACION Y SOPORTE DE LAS PROCEDIMIENTOS
PLANILLA DE PARAFISCALES
CERTIFICADO DE PARAFISCALES



CT. JESSEI KATHERINE FUENTES PINZON
SUPERVISORA