


| | | | | | |
|---|--|---|--|--|------------------------|
| MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL | | INFORME DE SUPERVISION N° 1 ABRIL | | | |
| DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO | | FECHA INFORME :30 DE ABRIL 2026 FECHA SUSCRIPCION CONTRATO:9 DE ABRIL 2026 | | | |
| CONTRATO Y/O ACUERDO No.204-DMORI-2026 | | 1: INFORMACIÓN DEL CONTRATO | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: SERVICIO DE OPTOMETRÍA PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS AL ESM BAS 22, EN EL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE | | | | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: MEJIA CUBIDES Y CIA S EN C | | NIT o CC: 822002826 | | | |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución de la presente aceptación es hasta el 30 de noviembre de 2026 y/o hasta agotar presupuesto. | | | | | |
| LUGAR DE ENTREGA: El término de ejecución será contado a partir del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución (expedición registro presupuestal y aprobación garantía única), HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2026 y/o hasta agotar el presupuesto. | | | | | |
| VALOR DEL CONTRATO: \$ 2.500.000,00 | | EN LETRAS: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL M/CTE (\$2.500.000) | | | |
| FORMA DE PAGO: | | | | | |
| CONDICIONES DE PAGO: La DIRECCIÓN DE SANIDAD DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, se obliga a pagar el 100% del valor del contrato de la siguiente forma: | | | | | |
| DOS MILLONES QUINIENTOS MIL M/CTE (\$2.500.000), en pagos parciales a 60 (sesenta) días, al recibido a satisfacción de cada facturación presentada por el contratista, el cual la tramitará a la oficina de facturación y posteriormente será avalada por el supervisor para pago, previo cumplimiento de los siguientes requisitos: | | | | | |
| 1. Entregar factura al supervisor del contrato, presentando al MDN- EJERCITO NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD- DISPENSARIO MEDICO ORIENTE en la sección de presupuesto las facturas a nombre de la Dirección General de Sanidad Militar – Dispensario Médico Oriente con NIT N° 901541154-5 los cinco (5) primeros días del mes facturado, Radicar las facturas; anexando tres copias de la siguiente documentación:Original de la factura (3 copias) NOTA: De conformidad con el Artículo 47 de la Ley 594 de 2000, los documentos de archivo, sean originales o copias deberán elaborarse en soportes de comprobada durabilidad y calidad, de acuerdo con las normas nacionales o internacionales que para el efecto sean acogidas por el Archivo General de la Nación. Para el efecto, el contratista deberá entregar la documentación en folios completos para sus respectivos pagos (No en medias hojas).b. Póliza y Aprobación de póliza c. Contrato (3 copias) d. Aportes parafiscales (3 copias)a) Acta de recibo a satisfacción parcial, expedida por el supervisor, y representante del contratista. | | | | | |
| 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) Verificación por parte del MDN- EJERCITO NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD- DISPENSARIO MEDICO ORIENTE del cumplimiento del contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF y Cajas De Compensación Familiar. | | | | | |
| e) Documento equivalente a factura según artículo 3 del Decreto 522 de 2003. | | | | | |
| f) La publicación de las facturas o documentos equivalentes en el SECOP y otros relacionados con la ejecución. | | | | | |
| 2: RESUMEN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES | | | | | |
| DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: 24226 | | FECHA: 13-02-2026 | | \$ 2.500.000,00 | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL N°: 21926 | | FECHA: 08-04-2026 | | | |
| 3: MODIFICATORIOS | | | | | |
| TIPO | | FECHA | | OBJETO | |
| | | | | N/A | |
| 4: RELACION DE BIENES Y/O SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO | | | | | |
| ITEM | DESCRIPCION | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR UNITARIO | IVA | VALOR TOTAL |
| 1 | CONSULTA PRIMERA VEZ DE OPTOMETRÍA. INCLUYE: Examen de refracción, examen motor, tonometría y prescripción de lentes oftálmicos o de contacto | 1 | 40.000,00 | - | 40.000,00 |
| 2 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRÍA, INCLUYE: Evaluación y ajuste de la ayuda visual | 1 | 5.000,00 | - | 5.000,00 |
| 3 | EVALUACIÓN ORTOPTICA | 1 | 5.000,00 | - | 5.000,00 |
| 4 | TERAPIA ORTOPTICA | 1 | 5.000,00 | - | 5.000,00 |
| 5: RESUMEN DE POLIZAS | | | | | |
| SEGUROS DEL ESTADO | | | POLIZA DE CUMPLIMIENTO : 17229237 | | |
| AMPAROS CUBIERTOS | PORCENTAJES AMPAROS CUBIERTOS | VALOR | DESDE | HASTA | |
| CUMPLIMIENTO | Por el 10%del valor total del contrato y seis meses mas | \$ 250.000,00 | 7/04/2026 | 15/04/2027 | |
| CALIDAD DEL SERVICIO | Por el 10% del valor total del contrato | \$ 250.000,00 | 7/04/2026 | 15/04/2027 | |
| PAGOS DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES | Por el 5% del valor total del contrato | \$ 125.000,00 | 7/04/2026 | 15/04/2027 | |
| FECHA DE EXPEDICION DE LAS POLIZAS: 07-04-2026 | | | POLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL: N/A | | |
| 6: BALANCE Y EJECUCION DEL CONTRATO | | | | | |
| CONCEPTO | V/R CONTRATO | FACTURADO | AUTORIZADO | V/R GLOSA (SI APLICA) | V/R CANCELADO |
| V/R CONTRATO | \$ 2.500.000,00 | | | | |
| V/R PRIMERA ADICION | \$ - | | | | |
| ABRIL | | | | | |
| TOTAL | \$ 2.500.000,00 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |
| % DE EJECUCION POR PAGO AUTORIZADO | | 0,00% | | % DE EJECUCION POR PAGO CANCELADO 0,00% | |
| 7: PAGOS EFECTUADOS | | | | | |
| CONCEPTO DE PAGO | SERVICIO DE OPTOMETRÍA, PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS AL ESM BAS 22, EN EL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE | | ABRIL | VALOR PAGADO EN EL MES: | |
| VIGENCIA 2026 | \$ 2.500.000,00 | | | | |
| VALOR CANCELADO | | | | | |
| VALOR SALDO CONTRATO | | 2.500.000,00 | | | |
| VALOR EN AUTORIZACION | | | | | |
| SUMAS IGUALES | \$ 2.500.000,00 | \$ 2.500.000,00 | | | |
| 7.2. ACTAS DE RECIBO A SATISFACCION | | | | | |
| ITEM | DESCRIPCION | ACTA | FECHA | ENTRADA DE ALMACEN | VALOR ENTREGADO |
| | | | | | |
| VALOR TOTAL CANCELADO | | | | | |
| 0% | | | | | |
| 8. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS | | | | | |
| 8. AVANCE TOTAL DEL CONTRATO | | | | | |
| EJECUCION FINANCIERA | 0,00% | EJECUCION FISICA | 0,00% | | |
| 9. NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANCIA | | | | | |
| 10. ANEXOS AL INFORME | | | | | |
| DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA TRAMITE DE PAGO | | | | | |
| PRIMER Y ÚNICO PAGO | | | DE MÁS PAGOS | | |
| CERTIFICACION BANCARIA < 30 DIAS | | | CERTIFICACION DE APORTES | | |
| FORMULARIO RUT VIGENCIA ACTUAL | | | FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE | | |
| CERTIFICACION DE APORTES | | | ENTRADA AL ALMACEN (SI APLICA) | | |
| FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE | | | CONCEPTO DE AUDITORIA (SI APLICA) Y OFICIO REMISORIO | | |
| ENTRADA AL ALMACEN (SI APLICA) | | | OFICIO Y AUTORIZACION DEL GENERAL | | |
| COPIA CONTRATO, OR. DE COMPRA, ACEPTACIONES | | | ACTA DE RECIBO A SATISFACCION | | |
| COPIA POLIZAS Y APROBACION DE POLIZAS | | | COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL | | |
| CONCEPTO DE AUDITORIA (SI APLICA) Y OFICIO REMISORIO | | | | | |
| OFICIO Y AUTORIZACION DEL GENERAL | | | | | |
| ACTA DE RECIBO A SATISFACCION | | | | | |
| COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL | | | | | |
|  | | | | | |
| ST. CLAUDIA MIREYA IVERA RIASCOS En calidad de supervisor contrato No- 204-DMORI-2026 | | | | | |