MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMNGA

Al contestar, cite este número

Radicado N° **20266700201117733**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DIPER-DISAN-DMBUG

Cúcuta, Norte de Santander, 23 de junio de 2026

Señor Mayor
ANDRÉS FELIPE RODRÍGUEZ PARDO
Subdirector Administrativo y Financiero Dispensario Médico de Bucaramanga
Avda., Quebrada seca No. 33ª- 207
Bucaramanga (Santander)

ASUNTO: INFORME DE SUPERVISION No. 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

CONTRATO No.	244-DIGSA/DMBUG-2026
FECHA DE SUSCRIPCION	10 DE ABRIL DE 2026
CDP No.	36326 del 05/02/2026
CRP No.	34826 del 30/04/2026
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	A-02-02-02-009-003-SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES
OBJETO	PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALIZACIÓN EN CASA ESPECIALIZADA, INCLUYENDO SERVICIOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS, ASÍ COMO SUMINISTROS, INSUMOS Y EQUIPOS NECESARIOS PARA SOPORTE VITAL, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES VINCULADOS AL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL EJÉRCITO (PADE). DESTINADO AL PERSONAL ADSCRITO A LA REGIONAL DE SANIDAD MILITAR NO. 2 Y SUS UNIDADES SATÉLITES, CENTRALIZADAS EN LOS DEPARTAMENTOS DE SANTANDER, NORTE DE SANTANDER Y CESAR, PARA LA VIGENCIA 2026”
NOMBRE DE LA EMPRESA	ADIS ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD SAS
NIT	900.382.592-1
FECHA DE INICIO	30 DE ABRIL DE 2026
VALOR INICIAL CONTRATO	$ 500.000.000,00
TOTAL CONTRATO	$ 500.000.000,00
VALOR A TRAMITAR A LA FECHA	$ 213.280.800.00
FORMA DE PAGO	EL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA SE OBLIGA A PAGAR EL VALOR DEL CONTRATO, DE FORMA PARCIAL, DE ACUERDO A FACTURACION, DENTRO DE LOS SESENTA (60) DIAS HÁBILES,

ESMPAS30

	SIGUIENTES AL RECIBO A SATISFACCION DE LOS SERVICIOS Y VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO
FECHA DE ENTREGA FACTURA	MAYO DEL 2026
LUGAR DE ENTREGA	CONSORCIO AUDITOOL 2026
ACTA DE SATISFACCION RAD N°	**2026670009564666**
CONTRATOS MODIFICATORIOS O ADICIONALES	NO APLICA
SUPERVISOR DEL CONTRATO	ST MONTENEGRO CARDENAS KEIMI

APROBACION POLIZA

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley 1150 de 2007, así como en los artículos 5.1.11 y 5.1.12 del Decreto 0734 de 2012, y una vez verificada la suficiencia, vigencia y legalidad de la Garantía Única exigida dentro del proceso contractual, se procedió a la aprobación de la **Póliza de Cumplimiento No.** 96-44-101203636 y de la **Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual No.** 96-40-101073205 , expedidas el **22 de abril de 2026** por la compañía **seguros del estado** las cuales amparan de manera adecuada los riesgos derivados de la ejecución del contrato, conforme a la normativa vigente y a las condiciones establecidas en los pliegos y en el contrato respectivo.

RIESGO ASEGURADO	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	$100.000.000.00	10/04//2026 al 30/05/2027
PRESTACIONES SOCIALES	$25.000.000,00	10/04//2026 al 30/11/2029
CALIDAD DEL SERVICIO	$100.000.000.00	10/04//2026 al 30/05/2027
RESPONSABILIDAD CIVIL	$350.181.000.00	10/04//2026 al 30/11/2026

MODIFICATORIOS Y/O ADICIONALES

OMITIDO

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	CUMPLIO SI/NO	OBSERVACIONES
ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL: VALORACION POR MEDICO GENERAL POR EVENTO DISPONIBILIDAD LAS 24 HRS DEL DIA (PARA TODO PACIENTE QUE LO REQUIERA PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVICION DEL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIO DEL DMBUG)	SI	N/A
ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA: VALORACION POR MEDICINA ESPECIALIZADA POR EVENTO DISPONIBILIDAD LAS 24 HRS DEL DIA. (MEDICO GERIATRA): SE REALIZARA VALORACION POR MEDICINA ESPECIALIZADA PARA TODO PACIENTE QUE LO REQUIERA PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVISIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA DEL DMBUG (RESPECTO A LA EVALUACIÓN DEBE SER MULTIDIMENSIONAL, SE DEBE TENER EN CUENTA SIETE DIMENSIONES PRINCIPALES: CONDICIÓN DE LA SALUD FÍSICA, SALUD MENTAL, CAPACIDAD FUNCIONAL, MEDIO AMBIENTE, EVALUACIÓN SOCIAL, VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS ESTABLECIDOS, VALORACIÓN DE LA INTERACCIÓN DEL ANCIANO CON RESPECTO A (TODAS SUS DIMENSIONES.)	SI	N/A
ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA: AUXILIAR DE ENFERMERÍA 6 HORAS: TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA	SI	N/A

SERVICIO	CUMPLIO SI/NO	OBSERVACIONES
AUXILIAR DE ENFERMERIA (TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, COLOCACIÓN DE SONDAS VESICAL, NASOGASTRICA, ENEMAS, TOMA DE GLUCOMETRIAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON ORDEN MEDICA CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE,); REEDUCACION Y ENTRENAMIENTO DEL PLAN CASERO QUE PREVIAMENTE DEJA EL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACION. ADEMAS DE TODAS AQUELLAS FUNCIONES DE ENFERMERIA QUE REQUIERA EL PACIENTE PARA UNA ATENCION ADECUADA. EL SERVICIO DEBE CONTAR CON: TENSIOMETRO, FONENDOSCOPÍO Y PULSOXIMETRO PARA LA TOMA DE SIGNOS VITALES		
ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA: AUXILIAR DE ENFERMERÍA 8 HORAS: TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA (TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, COLOCACIÓN DE SONDAS VESICAL, NASOGASTRICA, ENEMAS, TOMA DE GLUCOMETRIAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON ORDEN MEDICA, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE,); REEDUCACION Y ENTRENAMIENTO DEL PLAN CASERO QUE PREVIAMENTE DEJA EL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACION. ADEMAS DE TODAS AQUELLAS FUNCIONES DE ENFERMERIA QUE REQUIERA EL PACIENTE	SI	N/A
ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA: AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 12 HORAS DIURNAS : TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA (TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, COLOCACIÓN DE SONDAS VESICAL, NASOGASTRICA, ENEMAS, TOMA DE GLUCOMETRIAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A ORDEN MEDICA, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE,); REEDUCACION Y ENTRENAMIENTO DEL PLAN CASERO QUE PREVIAMENTE DEJA EL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACION. ADEMAS DE TODAS AQUELLAS FUNCIONES DE ENFERMERIA QUE REQUIERA EL PACIENTE PARA UNA ATENCION ADECUADA. EL SERVICIO DEBE CONTAR CON: TENSIOMETRO, FONENDOSCOPÍO Y PULSOXIMETRO PARA LA TOMA DE SIGNOS VITALES	SI	N/A
ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA: AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 12 HORAS NOCTURNAS : TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA (TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, COLOCACIÓN DE SONDAS VESICAL, NASOGASTRICA, ENEMAS, TOMA DE GLUCOMETRIAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A ORDEN MEDICA, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE,); REEDUCACION Y ENTRENAMIENTO DEL PLAN CASERO QUE PREVIAMENTE DEJA EL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACION. ADEMAS DE TODAS AQUELLAS FUNCIONES DE ENFERMERIA QUE REQUIERA EL PACIENTE PARA UNA ATENCION ADECUADA. EL SERVICIO DEBE CONTAR CON: TENSIOMETRO, FONENDOSCOPÍO Y PULSOXIMETRO PARA LA TOMA DE SIGNOS VITALES	SI	N/A
ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA: AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 24 HORAS DIA: TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA (TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, COLOCACIÓN DE SONDAS VESICAL, NASOGASTRICA, ENEMAS, TOMA DE GLUCOMETRIAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON ORDEN MEDICA, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE,); REEDUCACION Y ENTRENAMIENTO DEL PLAN CASERO QUE PREVIAMENTE DEJA EL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACION. ADEMAS DE TODAS AQUELLAS FUNCIONES DE ENFERMERIA QUE REQUIERA EL PACIENTE PARA UNA ATENCION ADECUADA. EL SERVICIO DEBE CONTAR CON: TENSIOMETRO, FONENDOSCOPÍO Y PULSOXIMETRO PARA LA TOMA DE SIGNOS VITALES	SI	N/A
VITALES, TOMA DE GLUCOMETRIAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA ORAL, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE COMO: DESAYUNO, ASEO GENERAL, CAMBIOS DE PAÑAL, ACTIVIDADES LÚDICAS, CAMBIOS DE POSICIÓN Y LOS CUIDADOS	SI	N/A

SERVICIO	CUMPLIO SI/NO	OBSERVACIONES
BÁSICOS DEL PACIENTE). INCLUYE TENSIOMETRO, FONENDOSCOPÍO Y PULSOXIMETRO PARA LA TOMA DE SIGNOS VITALES		
CUIDADOR POR 8 HORAS: TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA UN CUIDADOR. (TOMA DE SIGNOS VITALES, TOMA DE GLUCOMETRIAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA ORAL, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE COMO: DESAYUNO, ASEO GENERAL, CAMBIOS DE PAÑAL, ACTIVIDADES LÚDICAS, CAMBIOS DE POSICIÓN Y LOS CUIDADOS BÁSICOS DEL PACIENTE). INCLUYE TENSIOMETRO, FONENDOSCOPÍO Y PULSOXIMETRO PARA LA TOMA DE SIGNOS VITALES	SI	N/A
CUIDADOR POR 12 HORAS: TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA UN CUIDADOR. (TOMA DE SIGNOS VITALES, TOMA DE GLUCOMETRIAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA ORAL, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE COMO: DESAYUNO, ASEO GENERAL, CAMBIOS DE PAÑAL, ACTIVIDADES LÚDICAS, CAMBIOS DE POSICIÓN Y LOS CUIDADOS BÁSICOS DEL PACIENTE). INCLUYE TENSIOMETRO, FONENDOSCOPÍO Y PULSOXIMETRO PARA LA TOMA DE SIGNOS VITALE	SI	N/A
CUIDADOR POR 24 HORAS: TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA UN CUIDADOR. (TOMA DE SIGNOS VITALES, TOMA DE GLUCOMETRIAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA ORAL, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE COMO: DESAYUNO, ASEO GENERAL, CAMBIOS DE PAÑAL, ACTIVIDADES LÚDICAS, CAMBIOS DE POSICIÓN Y LOS CUIDADOS BÁSICOS DEL PACIENTE). INCLUYE TENSIOMETRO, FONENDOSCOPÍO Y PULSOXIMETRO PARA LA TOMA DE SIGNOS VITALES.	SI	N/A
TOMA DE EXÁMENES DE LABORATORIO: LA MUESTRA DE EXAMENES DE LABORATORIO SE TOMARÁ EN EL DOMICILIO POR LA ENFERMERA DE TURNO Y SERA RESPONSABILIADAD DE LA EMPRESA CONTAR CON UN LABORATORIO QUE GARANTICE LA CALIDAD Y VERACIDAD EN LOS RESULTADOS; ASI MISMO UBICAR LOS REPORTES EN LA RESIDENCIA DEL PACIENTE. LA TOMA DEL EXAMEN, INCLUYE RECIPIENTES NECESARIO PARA SU MANEJO. ESTE PROCEDIMIENTO SERA PREVIAMENTE AUTORIZADO POR COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG	SI	N/A
PROCEDIMIENTO COLOCACIÓN DE ENEMA CON INSUMOS: GUANTES LIMPIOS, LUBRICANTES. Y TODO AQUEL INSUMO QUE SE REQUIERA EN EL MOMENTO DEL PROCEDIMEINTO GARANTIZANDO SU MANEJO EFICAZ. PROCEDIMIENTO REALIZADO POR ENFERMERA JEFE Y POR EVENTO. PREVIA AUTORIZACION DE COORDINADOR Y SUPERVISOR	SI	N/A
PROCEDIMIENTO - COLOCACIÓN DE ENEMA SIN INSUMOS PROCEDIMIENTO REALIZADO POR ENFERMERA JEFE POR EVENTO CON PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVISION DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG. LOS INSUMOS SERAN TRAMITADOS EN EL DMBUG POR EL FAMILIAR RESPONSABLE.	SI	N/A
PROCEDIMIENTO COLOCACIÓN O CAMBIO DE SONDA VESICAL CON INSUMOS EL SERVICIO DEBERA INCLUIR LOS INSUMOS COMO: SONDA VESICAL (DE ACUERDO CON LA NECESIDAD DEL PACIENTE) GUANTES LIMPIOS, JERINGA, GASAS, ALGODÓN, ALCOHOL, XILOCAINA Y TODO AQUEL QUE SE REQUIERA EN EL MOMENTO DEL PROCEDIMEINTO GARANTIZANDO SU MANEJO EFICAZ. REALIZADO POR ENFERMERA JEFE, POR EVENTO, PREVIA AUTORIZACION POR COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG	SI	N/A
PROCEDIMIENTO COLOCACIÓN O CAMBIO DE SONDA VESICAL SIN INSUMOS EL PROCEDIMEITNO SERA REALIZADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVISION DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG LOS INSUMOS SERAN TRAMITADOS EN EL DMBUG POR EL FAMILIAR RESPONSABLE.	SI	N/A
PROCEDIMIENTO: COLOCACIÓN O CAMBIO DE SONDA NASO GÁSTRICA CON INSUMOS EL SERVICIO DEBERA INCLUIR LOS INSUMOS PARA LA COLOCACIÓN DE LA SONDA COMO: SONDA NASO GASTRICA DE ACUERDO CON LANECESIDAD DEL PACIENTE, GUANTES LIMPIOS, JERINGA, GASAS, ESPARADRAPO	SI	N/A

SERVICIO	CUMPLIO SI/NO	OBSERVACIONES
ANTIALERGICO, ALGODÓN, ALCOHOL, XILOCAINA) Y TODO AQUEL QUE SE REQUIERA EN EL MOMENTO DEL PROCEDIMEINTO GARANTIZANDO SU MANEJO EFICAZ. REALIZADA POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE, PREVIA AUTORIZACION POR COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG		
PROCEDIMIENTO: CAMBIO DE SONDA DE GASTROSTOMIA CON INSUMOS EL SERVICIO DEBERA INCLUIR INSUMOS: TALES COMO: SONDA DE GASTROSTOMIA, GUANTES LIMPIOS, GUANTES ESTÉRILES, JERINGAS, GASAS, ALCOHOL, XILOCAINA,) Y TODO AQUEL QUE SE REQUIERA EN EL MOMENTO DEL PROCEDIMEINTO GARANTIZANDO SU MANEJO EFICAZ. SE REALIZARÁ POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE. PREVIA AUTORIZACION POR COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG	SI	N/A
PROCEDIMIENTO: CAMBIO DE SONDA DE GASTROSTOMIA SIN INSUMOS SE REALIZARÁ POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE LOS INSUMOS SERAN ENTREGADOS POR EL DMBUG AL FAMILIAR. PREVIA AUTORIZACION POR COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG	SI	N/A
PROCEDIMIENTO PARA CURACIONES DE BAJA COMPLEJIDAD CON INSUMOS REALIZADO BAJO INDICACIÓN MÉDICA: ERITEMA CUTÁNEO, CUIDADO DE OSTOMIAS, CAMBIO DE DISPOSITIVO RESERVORIO (BOLSA Y GALLETA DE COLOSTOMIA): LOS PROCEDIMIENTOS DEBERAN INCLUIR LOS INSUMOS NECESARIOS GARANTIZANDO SU MANEJO EFICAZ. REALIZADO POR ENFERMERA JEFE Y POR EVENTO PREVIA AUTORIZACION POR COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG.	SI	N/A
CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO: PROCEDIMIENTO-CURACION DE BAJA COMPLEJIDAD SIN INSUMOS REALIZADO BAJO INDICACIÓN MÉDICA: ERITEMA CUTÁNEO, CUIDADO DE OSTOMIAS, CAMBIO DE DISPOSITIVO RESERVORIO (BOLSA Y GALLETA DE COLOSTOMIA). LOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA CURACIÓN DEBEN SER TRAMITADOS POR EL DMBUG. SE REALIZARÁ POR EVENTO. POR ENFERMERA JEFE PREVIA AUTORIZACION DE COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG	SI	N/A
CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO: ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA: PROCEDIMIENTO PARA CURACIONES DE MEDIANA COMPLEJIDAD CON INSUMOS INDICACIÓN MÉDICA: PÉRDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL QUE AFECTA A LA EPIDERMIS, DERMIS O AMBAS. SE PRESENTA COMO UNA ABRASIÓN, O UN CRÁTER PROFUNDO, CON LOS TEJIDOS ADYACENTES EXCAVADOS O NO. INCLUYE TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS GARANTIZANDO UN MANEJO EFICAZ. REALIZADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE CON EXPERIENCIA CERTIFICADA EN MANEJO DE HERIDAS. PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVISION DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG.	SI	N/A
CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO: PROCEDIMIENTO- CURACION DE MEDIANA COMPLEJIDAD SIN INSUMOS INDICACIÓN MÉDICA: PÉRDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL QUE AFECTA A LA EPIDERMIS, DERMIS O AMBAS. SE PRESENTA COMO UNA ABRASIÓN, O UN CRÁTER PROFUNDO, CON LOS TEJIDOS ADYACENTES EXCAVADOS O NO. SERA REALIZADO POR ENFERMERA JEFE CON EXPERIENCIA CERTIFICADA EN EL MANEJO DE HERIDAS. PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVISION DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG. LOS INSUMOS SERAN TRAMITADOS EN EL DMBUG POR EL FAMILIAR RESPONSABLE	SI	N/A
CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO: PROCEDIMIENTO-CURACION DE ALTA COMPLEJIDAD SIN INSUMOS INDICACIÓN MÉDICA: CON PERDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL CON DESTRUCCIÓN EXTENSA, NECROSIS TISULAR O LESIÓN MUSCULAR ÓSEA O DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE (COMO EL TENDÓN O LA CAPSULA DE LA ARTICULACIÓN, TAMBIÉN PUEDE HABER SIGNOS Y SÍNTOMAS DE EXCAVACIÓN Y TRACTOS SINUSALES. INCLUYE TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS GARANTIZANDO UN MANEJO EFICAZ.	SI	N/A

SERVICIO	CUMPLIO SI/NO	OBSERVACIONES
REALIZADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE CON EXPERIENCIA CERTIFICADA EN MANEJO DE HERIDAS. PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVISION DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG		
CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO: PROCEDIMIENTO-CURACION DE ALTA COMPLEJIDAD CON INSUMOS INDICACIÓN MÉDICA: CON PERDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL CON DESTRUCCIÓN EXTENSA, NECROSIS TISULAR O LESIÓN MUSCULAR ÓSEA O DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE (COMO EL TENDÓN O LA CAPSULA DE LA ARTICULACIÓN, TAMBIÉN PUEDE HABER SIGNOS Y SÍNTOMAS DE EXCAVACIÓN Y TRACTOS SINUSALES. INCLUYE TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS GARANTIZANDO UN MANEJO EFICAZ. REALIZADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE CON EXPERIENCIA CERTIFICADA EN MANEJO DE HERIDAS. PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVISION DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG	SI	N/A
CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO: PROCEDIMIENTO CURACION ENTEROSTOMAL CON INSUMOS GASAS, SOLUCION SALINA, TAPABOCA, MICROPORE, ESCAMPELO, APOSITO DUODERM, ACUASEL O PARCHES MEDICADOS SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA Y TODO AQUEL INSUMO QUE SE REQUIERA EN EL MOMENTO DEL PROCEDIMEINTO GARANTIZANDO SU MANEJO EFICAZ REALIZADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE. CON PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVISION DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG	SI	N/A
CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO: PROCEDIMIENTO CURACION ENTEROSTOMAL, SIN INSUMOS PROCEDIMEITNO REALIZADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE. CON PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVISION DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG. LOS INSUMOS SERAN TRAMITADOS EN EL DMBUG POR EL FAMILIAR RESPONSABLE	SI	N/A
ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA: TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA INTEGRAL SIN SUCCION INCLUYE: EQUIPO NEBULIZADOR, MEDICAMENTOS PARA LA TERAPIA Y TODOS AQUELLOS QUE SEAN PERTINENTES PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO ADEMAS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES QUE PRESTAN EL SERVICIO	SI	N/A
ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA: TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA INTEGRAL CON SUCCION INCLUYE: EQUIPO NEBULIZADOR, SUCCIONADOR, SONDAS, GASAS, GUANTES, MEDICAMENTOS Y TODOS AQUELLOS QUE SEAN PERTINENTES PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO. ADEMAS DE LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES QUE PRESTAN EL SERVICIO	SI	N/A
ALQUILER DE EQUIPO DE SUCCION PARA PACIENTES CON SUCCION DE SECRECIÓN EN TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR VALOR	SI	N/A
ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA: TERAPIA FÍSICA DOMICILIARIA DURACION DE 45 MINUTOS, INCLUYE LOS INSUMOS PARA PROTEGER A LOS PRESTADORES COMO GUANTES, TAPABOCAS, GAFAS Y GASAS.	SI	N/A
ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA: TERAPIA DE LENGUAJE Y DEGLUCIÓN DOMICILIARIA DURACION DE 45 MINUTOS INCLUYE LOS INSUMOS PARA PROTEGER A LOS PRESTADORES COMO GUANTES, TAPABOCAS, GAFAS Y GASAS.	SI	N/A
ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL: TERAPIA OCUPACIONAL DURACION DE 45 MINUTOS INCLUYE LOS INSUMOS PARA PROTEGER A LOS PRESTADORES COMO GUANTES, TAPABOCAS, GAFAS Y GASAS.	SI	N/A
SERVICIO DE ALQUILER BOMBA DE INFUSION SEGUN REQUERIMIENTO DEL PACIENTE Y SEGUN PRESCRIPCION MEDICA POR EVENTO PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVISION DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG. VALOR/DIA	SI	N/A
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO CON INSUMOS EN HORARIO DE UNA SERIE DE	SI	N/A

SERVICIO	CUMPLIO SI/NO	OBSERVACIONES
APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA, SERVICIO PRESTADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE, PREVIA AUTORIZACION DEL COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL DMBUG.		
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO CON INSUMOS EN HORARIO DOS SERIES DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA. SERVICIO PRESTADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE, PREVIA AUTORIZACION DEL COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL DMBUG.	SI	N/A
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO CON INSUMOS EN HORARIO TRES SERIES DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MÉDICA SERVICIO PRESTADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE, PREVIA AUTORIZACION DEL COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL DMBUG	SI	N/A
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO CON INSUMOS EN HORARIO CUATRO SERIES DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MÉDICA SERVICIO PRESTADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE, PREVIA AUTORIZACION DEL COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL DMBUG	SI	N/A
DILIGENCIAMIENTO DE CERTIFICADO DE DEFUNCION EN CASO REQUERIDO DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS LEGALES. INCLUYE EL SERVICIO MEDICO AL LUGAR DE DOMICILIO DEL CAUSANTE	SI	N/A
ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO: PROGRAMA DE APOYO AL CUIDADOR DEL PACIENTE CRÓNICO Y AGUDO 1 (MES) INCLUYE: 1 (UNA) VISITA POR ENFERMERA PROFESIONAL PARA ENTRENAMIENTO Y APOYO AL CUIDADOR, VISITA POR PSICOLOGIA Y/O TRABAJADOR SOCIAL	SI	N/A
SERVICIO DE ALQUIER DE CAMA HOSPITALARIA (ELECTRICA DE TRES PLANOS) SERVICIO REQUERIDO DE ACUERDO CON NECESIDAD O CASOS ESPECIALES, VALOR POR DIA. PREVIA AUTORIZACION DEL COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG	SI	N/A

CONDICIONES ADICIONALES EVALUADAS

1. **Verificación de habilitación de los servicios facturados vs. contratados:**
   Una vez verificada la factura, se constató que la entidad se encuentra debidamente habilitada para la prestación de los servicios facturados.
2. **Oportunidad en la prestación del servicio:**
   Cumple.
3. **Calidad del servicio:**
   No se presentaron novedades durante la prestación del servicio.
4. **Proceso de autorización (referencia y contrarreferencia):**
   Cumple.
5. **Reporte de eventos adversos, RIPS y estadísticas requeridas:**
   No aplica.

VERIFICACIÓN DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

- **Tiempo de respuesta:**
  Cumplió con los requerimientos establecidos en el contrato.
- **Tiempo en el proceso de radicación de facturación, auditoría y Olimpia:**
  Cumple.

SERVICIOS O BIENES RECIBIDOS A LA FECHA

Mediante el acta correspondiente, el contratista entregó dentro del plazo establecido en el contrato, al **Ministerio de Defensa Nacional – Ejército Nacional – Dispensario Médico de Bucaramanga**, los bienes y/o servicios objeto del contrato, los cuales fueron recibidos a satisfacción.

PAGOS EFECTUADOS

A la fecha, se han realizado los pagos correspondientes conforme a lo establecido en el contrato.

Pago N°	LOTES/ FACTURAS	VALOR A PAGAR
PAGO N°01	AD000096719	$128.666.880,00
	AD000097345	$36.172.960, 00
	AD000097512	$48.440.960,00
TOTAL, A CANCELAR		$ 213.280.800,00

*Se Anexa relación de las facturas correspondientes al Pago N°01

BALANCE DEL CONTRATO

VALOR TOTAL CONTRATO	$ 500.000.000,00
VALOR ADICION VIGENCIA FUTURA 2026	$ 0
VALOR CANCELADO EN LA VIGENCIA 2026	$ 0
VALOR A TRAMITAR	$ 213.280.800,00
VALOR SALDO CONTRATO	$286.719.200.00
TOTAL DEL CONTRATO	$ 500.000.000,00

NIVEL DE EJECUCIÓN Y AVANCE DEL CONTRATO

De conformidad con la revisión efectuada al estado financiero del contrato, se presenta el siguiente resumen del nivel de ejecución y avance:

% EJECUCION FINANCIERA EN TRAMITE	% EJECUCIÓN FINANCIERA PAGADO	% EJECUCION PENDIENTE POR EJECUTAR
43%	0%	57%

Lo anterior permite evidenciar el avance financiero del contrato y verificar su correspondencia con la ejecución contractual pactada.

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES PARAFISCALES Y DE SEGURIDAD SOCIAL

Se deja expresa constancia de que el contratista ha dado cumplimiento a las obligaciones relacionadas con el Sistema de Seguridad Social Integral y aportes parafiscales, en observancia de lo dispuesto en:

- Artículo 50 de la Ley 789 de 2002,
- Parágrafo 2° del artículo 1° de la Ley 828 de 2003,
- Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y
- Decreto 129 de 2010,

en lo correspondiente al pago oportuno de aportes a salud, pensión, riesgos laborales y contribuciones parafiscales a las Cajas de Compensación Familiar, el SENA y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

La verificación se realizó con base en la documentación soporte aportada por el contratista, la cual cumple con los requisitos legales exigidos para el trámite de pago.

OTRAS ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN

Una vez revisada la facturación presentada por el contratista y radicada en el CONSORCIO AUDITOOL 2026, se constató que las tarifas cobradas se encuentran debidamente ajustadas a las condiciones económicas y valores estipulados en el Contrato No. 244-DIGSA/DMBUG-2026

Dicha documentación se incorpora como soporte válido dentro del trámite de pago, en cumplimiento de los principios de legalidad, transparencia y responsabilidad contractual.

CONCLUSIÓN

Con fundamento en las verificaciones realizadas, el suscrito supervisor certifica que la información contenida en el presente informe es veraz, completa y se ajusta a los parámetros técnicos, financieros y jurídicos establecidos en el objeto del contrato.

Así mismo, se deja constancia de que los documentos soporte han sido debidamente cargados en la plataforma **SECOP II**, dando cumplimiento a los principios de publicidad y trazabilidad previstos en la normativa de contratación estatal.

Atentamente.

ST MONTENEGRO CARDENAS KEIMI
Supervisor del Contrato N° 244-DIGSA/DMBUG-2026

ESMBAS30