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° 03 (AGOSTO- 2026) FECHA INFORME : (14/08/2026)

1. INFORMACIÓN CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

No. CONTRATO: 521-DISANEJC-DMSOC-2026	**FECHA INICIO CTO: 7/05/2026**	**FECHA APROBACIÓN POLIZA: 7/05/2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S		**NIT o CC:** 900.242.209

PLAZO DE EJECUCIÓN:	15/12/2026	**LUGAR DE ENTREGA:**	EL MUNICIPIO DE DUITAM EN LA CARERA 19#14-38 CRL 3105002194, EN TUNJA EN LA CARRERA 12 #20-10 CEL 320 4914004, EN SOGAMOSO EN LACARRERA 10 #12-60 CEL 312 3006198 Y CHIQUINQUIRA PREVIA COORDINACION CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR Y UASO, UBICADOS EN BOYACÁ.

FORMA DE PAGO: M.D.N – EJERCITO NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – DISPENSARIO MÉDICO DE SUROCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ", se compromete a cancelar el valor del contrato mediante consignación en la CUENTA DE AHORROS No. 176270075607 del Banco Davivienda anombre de CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SAS con NIT 9002422095 que el contratista acreditó como propia, o en otro banco o cuenta que el contratista designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias y siempre y cuando de aviso por escrito a la DISPENSARIO MÉDICO DE SUROCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ", con no menos de treinta (30) días de anticipación, con presentación de la nueva certificación bancaria en donde se acredite su apertura, mediante pagos parciales de acuerdo con facturación, soportados por acta de recibo a satisfacción emitida por el Supervisor del Contrato, previa presentación de cuenta de cobro por parte del Contratista, pagaderos dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a la presentación de la factura comercial, en los primeros diez (10) días de cada mes, en la ciudad de Bogotá, en las oficinas de la firma auditora designada por la Dirección de Sanidad del Ejército. El contratista deberá adjuntar los documentos soporte correspondientes:
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, 506 de 2021 y 2335 de 2023 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 2335 de 2023.
•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

2. MODIFICATORIOS

TIPO	VALOR	OBJETO DE LA MODIFICACION

3. VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR INICIAL	$	50.000.000,00
VALOR ADICIÓN	$	-
VALOR REDUCCIÓN	$	-
VALOR VIGENCIA FUTURA	$	-
VALOR TOTAL	$	50.000.000,00

4. INFORMACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: 14826	FECHA: 08/04/2026	VALOR: 50.000.000
REGISTRO PRESUPUESTAL N°: 63826	FECHA: 08/04/2026	VALOR: 50.000.000

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
TU13512	24-07-2026	28-07-2026	$ 75.000	$ -	$ 75.000
TU13506	24-07-2026	28-07-2026	$ 290.000	$ -	$ 290.000
TU13497	24-07-2026	28-07-2026	$ 1.020.000	$ -	$ 1.020.000
TU13505	24-07-2026	28-07-2026	$ 350.000	$ -	$ 350.000
TU13510	24-07-2026	28-07-2026	$ 350.000	$ -	$ 350.000
TU13503	24-07-2026	28-07-2026	$ 290.000	$ -	$ 290.000
TU13507	24-07-2026	28-07-2026	$ 75.000	$ -	$ 75.000
TU13494	24-07-2026	28-07-2026	$ 290.000	$ -	$ 290.000
TU13504	24-07-2026	28-07-2026	$ 350.000	$ -	$ 350.000
TU13496	24-07-2026	28-07-2026	$ 1.020.000	$ -	$ 1.020.000
TU13502	24-07-2026	28-07-2026	$ 1.020.000	$ -	$ 1.020.000
TU13495	24-07-2026	28-07-2026	$ 1.020.000	$ -	$ 1.020.000
TU13499	24-07-2026	28-07-2026	$ 1.020.000	$ -	$ 1.020.000
TU13509	24-07-2026	28-07-2026	$ 75.000	$ -	$ 75.000
TU13501	24-07-2026	28-07-2026	$ 75.000	$ -	$ 75.000
TU13493	24-07-2026	28-07-2026	$ 510.000	$ -	$ 510.000
TU13513	24-07-2026	28-07-2026	$ 75.000	$ -	$ 75.000
TU13492	24-07-2026	28-07-2026	$ 1.020.000	$ -	$ 1.020.000
SO8589	31-07-2026	31-07-2026	$ 75.000	$ -	$ 75.000
SO8588	31-07-2026	31-07-2026	$ 1.095.000	$ -	$ 1.095.000
SO8590	31-07-2026	31-07-2026	$ 75.000	$ -	$ 75.000
SO8591	31-07-2026	31-07-2026	$ 75.000	$ -	$ 75.000
SO8593	31-07-2026	31-07-2026	$ 135.000	$ -	$ 135.000
SO8586	31-07-2026	31-07-2026	$ 1.020.000	$ -	$ 1.020.000
SO8587	31-07-2026	31-07-2026	$ 75.000	$ -	$ 75.000
SUBTOTAL			**$ 11.475.000,00**	**$ -**	**$ 11.475.000,00**

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	$ 50.000.000,00			
SERVICIOS PRESTRADOS AGOSTO 2026		$ 2.285.000,00	$ 11.475.000,00	$ 36.240.000,00
TOTAL	**$ 50.000.000,00**	**$ 2.285.000,00**	**$ 11.475.000,00**	
% DE EJECUCION VALOR CANCELADO	**5%**	**% DE EJECUCION VALOR A TRAMITAR PAGO**		**23%**

7.1. PAGOS EFECTUADOS CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR CONTRATADO	No. ORDEN DE PAGO	FECHA ORDEN PAGO	VALOR PAGADO	VALOR PENDIENTE DE PAGO
$ 50.000.000,00				

7.2. ESTADO FINANCIERO CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA	$	50.000.000,00
VALOR CANCELADO	$	2.285.000,00
VALOR A TRAMITAR A PAGO	$	11.475.000,00
VALOR SALDO CONTRATO	$	36.240.000,00

8. RELACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS RECIBIDOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR GLOSA	VALOR TOTAL
1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	1	$ 75.000	$ -	$ 75.000
2	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	1	$ 290.000	$ -	$ 290.000
3	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	1	$ 1.020.000	$ -	$ 1.020.000
4	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	1	$ 350.000	$ -	$ 350.000
5	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	1	$ 350.000	$ -	$ 350.000
6	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	1	$ 290.000	$ -	$ 290.000
7	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	1	$ 75.000	$ -	$ 75.000
8	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	1	$ 290.000	$ -	$ 290.000
9	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	1	$ 350.000	$ -	$ 350.000
10	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	1	$ 1.020.000	$ -	$ 1.020.000
11	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	1	$ 1.020.000	$ -	$ 1.020.000
12	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	1	$ 1.020.000	$ -	$ 1.020.000
13	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	1	$ 1.020.000	$ -	$ 1.020.000
14	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	1	$ 75.000	$ -	$ 75.000
15	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	1	$ 75.000	$ -	$ 75.000
16	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	1	$ 510.000	$ -	$ 510.000
17	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	1	$ 75.000	$ -	$ 75.000
18	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	1	$ 1.020.000	$ -	$ 1.020.000
19	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	1	$ 75.000	$ -	$ 75.000
20	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO - EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO - EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO - EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	1	$ 1.095.000	$ -	$ 1.095.000
21	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	1	$ 75.000	$ -	$ 75.000
22	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	1	$ 75.000	$ -	$ 75.000
23	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR	1	$ 135.000	$ -	$ 135.000
24	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO - EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO - EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO - EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	1	$ 1.020.000	$ -	$ 1.020.000
25	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	1	$ 75.000	$ -	$ 75.000
	TOTAL				**11.475.000,00**

10. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 521-DISANEJC-DMSOC-2026, SE RECIBIERON LAS FACTURAS POR PARTE DEL CONTRATISTA, EN DONDE SE REALIZARON 25 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. 03
FACTURA CON RELACION Y SOPORTE DE LAS PROCEDIMIENTOS
PLANILLA DE PARAFISCALES
CERTIFICADO DE PARAFISCALES

CT. JESSEI KATHERINE FUENTES PINZON
SUPERVISORA