MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DESANIDAD EJÉRCITO
DISPENSARIO MÉDICO SUROCCIDENTE "HEROES DE SUMAPAZ"

RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES / SERVICIOS

Acta No: 2025641014681726
Fecha: 20/10/2025

INFORMACION GENERAL	
Numero de Contrato – Orden de Compra	592-DISANEJC-DMSOC-2025
Nombre Contratista	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE
Nit del contratista	891.800.395
Objeto del Contrato – Orden de Compra	" 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"
Forma y condiciones de pago	conformidad a la Ley 2024 del 2022 en pagos parciales a sesenta (60) días, al recibido a satisfacción de cada solicitud realizada por el supervisor del contrato de acuerdo con las necesidades de la dirección de Sanidad Ejercito – Dispensario Sur Occidente, no obstante, los pagos estarán sujetos a la asignación del PAC por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, previo cumplimiento de los siguientes requisitos: Acta de recibo a satisfacción por parte del Ministerio de Defensa Nacional Ejército Nacional – DISPENSARIO MEDICO DE SUR OCCIDENTE. Este requisito debe ser plasmado en el informe del Supervisor y el Acta de Recibo a Satisfacción Respectivo. Situación de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público Dirección del Tesoro Nacional. (A 60 DIAS DISPONIBILIDAD DE ASIGNACIÓN CUPO PAC). Que se ejecuten los demás trámites administrativos correspondientes. Verificación por parte del MDN-Ejército 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. NOTA1: EN EL EVENTO DE AMPLIACIÓN DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO, SE POSTERGARÁ EL PAGO EN EL MISMO TÉRMINO, 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 **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.**
Modificaciones al Contrato – Orden de Compra	**OMITIDO**
Nombre Supervisor Contrato – Orden de Compra	CT. JESSEI KATHERINE FUENTES PINZON
VALORES CONTRACTUALES	
Valor inicial del contrato	$ 55.000.000
Adición o reducción al contrato	$ 26.000.000
Valor Vigencia Futura	N/A
Valor total del contrato	$ 81.000.000
TIEMPOS DE EJECUCIÓN	
Plazo de ejecución	La ejecución del respectivo contrato será hasta el 30 de Noviembre de 2025 y/o hasta agotar los recursos asignados, lo primero que ocurra, y su inicio será una vez se cumplan los requisitos de ejecución del contrato.
Prorroga plazo ejecución	30/11/2025
FACTURAS A PAGAR	
Número de la factura	N/A
Fecha de la factura	N/A
Valor de la factura	N/A
Notas crédito	N/A
Notas debito	N/A
INFORMACIÓN AUDITORIA CUENTAS MEDICAS	
Número de la factura	FHM619235-FHM620444.
Valor Facturación	$ 188.549
Valor Glosado	$ 0
Valor a pagar del valor glosado	$ 0
Valor aceptado del valor glosado	$ 0
VALOR FINAL A PAGO	
Valor a pagar	**$ 188.549**
Afectación de recurso (CSF-SSF)	R10 SSF
BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO - ORDEN DE COMPRA	
Valor total contrato	$ 81.000.000

Valor pagado al contratista	$ 60.935.204
Valor tramitado a pago	$ 188.549
Saldo del contrato	$ 19.876.247
APORTES PARAFISCALES	
Número de la planilla	9492703014
Fecha de pago de la planilla	30/09/2025
Periodo salud	2025-10
Periodo pensión	2025-09
Certificación de aportes (revisoría fiscal o representante legal)	ADRIANA FERRER PACHECO Revisor Fiscal
Fecha de la certificación	07/10/2025

RECIBIDO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO

Obligaciones Cumplidas

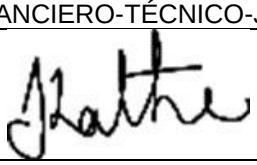
NUMERO LOTE	PREFIJO FACTURA	NUMERO FACTURA	VL ATENCIÓN	VL GLOSA INICIAL	VL A PAGAR PRIMERA AUDITORIA
AD000032624	FHM	619235	$ 102.188,00		$ 102.188,00
AD000032624	FHM	620444	$ 86.361,00	-	$ 86.361,00

Actividades realizadas	EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 592-DISANEJC-DMSOC-2025, SE RECIBIERON LAS FACTURAS POR PARTE DEL CONTRATISTA, EN DONDE SE REALIZARON 2 EXAMENES DE DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRURGICO RELACIONADOS DENTRO DEL CONTRATO DENTRO DE LOS HORARIOS ESTABLECIDOS, A LOS PACIENTES RELACIONADOS EN LOS SOPORTES, PARA SU VERIFICACION Y CONTROL.

Anexos:

- Planillas aportes parafiscales
- Certificado del Revisor fiscal
- Informe de Supervisión (1 folio)

Factura Electrónica de Venta FHM619235-FHM620444.

DATOS DEL SUPERVISOR (FINANCIERO-TÉCNICO-JURÍDICO)	
Firma	
Grado - nombre y apellidos	CT**. JESSEI KATHERINE FUENTES PINZON**