**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: SE EFECTUA REGRISTRO MANUAL N° 0574 EL CUAL REPOSA EN LIBRO DE ACTAS 2025, DEBIDO A QUE NO SE CUENTA CON EL SISTEMA DE REGISTRO ORFEO POR ATENTADO TERRORISTA EL DIA 08/11/2025.

Fecha: 13/11/2025

| 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:<br>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.<br>Situación de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público Dirección del Tesoro Nacional. (A 60 DIAS DISPONIBILIDAD DE ASIGNACIÓN CUPO PAC).<br>Que se ejecuten los demás trámites administrativos correspondientes.<br>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.<br>NOTA1: EN EL EVENTO DE AMPLIACIÓN DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO, SE POSTERGARÁ EL PAGO EN EL MISMO TÉRMINO, CONSIDERANDOEL RECIBO A SATISFACCIÓN.<br>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:<br>Denominación expresa como factura de venta Apellidos, nombre o razón social y NIT del vendedor o de quien presta el servicio.<br>Apellidos, nombre o razón social y NIT del adquiriente de los bienes o servicios.<br>Número consecutivo de factura de venta Fecha de expedición de la factura Descripción genérica o específica de los artículos vendidos o servicios prestados.<br>Valor total de la operación<br>Nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura<br>Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas 10. Facturación electrónica<br>**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 | FHM651153-FHM651164-FHM651173-FHM651181-FHM651190-FHM651213-FHM651229-FHM651277-FHM651279-FHM651286-FHM651315. |
| Valor Facturación | $ 2.915.420 |
| Valor Glosado | $ 80 |
| Valor a pagar del valor glosado | $ 0 |
| Valor aceptado del valor glosado | $ 0 |
| **VALOR FINAL A PAGO** | |

| | |
|---|---|
| Valor a pagar | **$ 2.915.420** |
| Afectación de recurso (CSF-SSF) | R10 SSF |
| **BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO - ORDEN DE COMPRA** | |
| Valor total contrato | $ 81.000.000 |
| Valor pagado al contratista | $ 67.501.653 |
| Valor tramitado a pago | $ 2.915.420 |
| Saldo del contrato | $ 10.582.927 |
| **APORTES PARAFISCALES** | |
| Número de la planilla | 9494591229 |
| Fecha de pago de la planilla | 10/11/2025 |
| Periodo salud | 2025-11 |
| Periodo pensión | 2025-10 |
| Certificación de aportes (revisoría fiscal o representante legal) | ADRIANA FERRER PACHECO<br>Revisor Fiscal |
| Fecha de la certificación | 07/10/2025 |
| **RECIBIDO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO** | |

Obligaciones Cumplidas

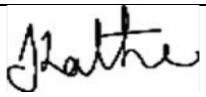
| NUMERO LOTE | PREFIJO FACTURA | NUMERO FACTURA | VL ATENCIÓN | VL GLOSA INICIAL | VL A PAGAR PRIMERA AUDITORIA |
|---|---|---|---|---|---|
| AD000041514 | FHM | 651153 | $ 164.000,00 | $ - | $ 164.000,00 |
| AD000041514 | FHM | 651164 | $ 44.400,00 | $ - | $ 44.400,00 |
| AD000041514 | FHM | 651173 | $ 676.900,00 | $ - | $ 676.900,00 |
| AD000041514 | FHM | 651181 | $ 164.000,00 | $ - | $ 164.000,00 |
| AD000041514 | FHM | 651190 | $ 66.200,00 | $ - | $ 66.200,00 |
| AD000041514 | FHM | 651213 | $ 66.200,00 | $ - | $ 66.200,00 |
| AD000041514 | FHM | 651229 | $ 66.200,00 | $ - | $ 66.200,00 |
| AD000041514 | FHM | 651277 | $ 44.400,00 | $ 30,00 | $ 44.370,00 |
| AD000041514 | FHM | 651279 | $ 66.200,00 | $ 50,00 | $ 66.150,00 |
| AD000041514 | FHM | 651286 | $ 676.900,00 | $ - | $ 676.900,00 |
| AD000041514 | FHM | 651315 | $ 880.100,00 | $ - | $ 880.100,00 |

| | |
|---|---|
| Actividades realizadas | EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 592-DISANEJC-DMSOC-2025, SE RECIBIERON LAS FACTURAS POR PARTE DEL CONTRATISTA, EN DONDE SE REALIZARON 11 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 FHM651153-FHM651164-FHM651173-FHM651181-FHM651190-FHM651213-FHM651229-FHM651277-FHM651279-FHM651286-FHM651315.

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