FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL

DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO ORIENTE
NIT 901541154-5
INFORME DE SUPERVISIÓN Y RECIBO A SATISFACCIÓN No. 02
PARCIAL ☐ TOTAL ☐

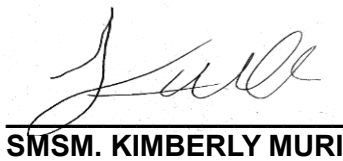
Villavicencio, 08 de abril de 2026

1. CONTRATISTA	Nombre completo: **CRISTIAN RICARDO MELO MURCIA** Identificación: CC No 1.018.413.198 Bta Dirección: VILLAVICENCIO – Clle 32 No 41-21 Apto 804 ciudad de residencia: VILLAVICENCIO Teléfono de contacto: 3108008585 Correo electrónico: **melomao@hotmail.com** CUENTA NUMERO: 640-462368-64 Bancolombia
2. SUPERVISOR	Nombre completo: SMSM. KIMBERLY MURILLO CORREA Cargo: Jefe Salas de Cirugia Resolución de nombramiento emitida por la oficina de Contratacion
3. No. DEL CONTRATO – FECHA DE SUSCRIPCIÓN	No. Del contrato 139-DMORI-2026 Fecha de suscripción: 30-01-2026
4. PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA	No De la Póliza **21-46-101136485 - 946243** Entidad que expide la póliza: ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO-SURA
5. CRP	No. CRP: 14826 Fecha expedición: 28-01-2026 Unidas/Sub-unidad ejecutora DMORI Dependencia DMORI Posición catálogo de gasto: A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES Fuente: NACION Recurso: 16 Valor $ 60.600.000
6. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL	02-02-2026
7. PLAZO DE EJECUCIÓN	02 Febrero al 30 Noviembre de 2026
8. OBJETO CONTRACTUAL	**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO UROLOGO DEL DISPENSARIO MEDICO ORIENTE DMORI**
9. OBLIGACIONES CONTRACTUALES	**OBLIGACIONES PARTICULARES:** 1. Atender los pacientes de su especialidad programados por consulta externa, con un mínimo de **140** pacientes por mes,

	programados en el mes, previendo el tiempo prudencial para dichas consultas, distribuidas de acuerdo a agendas concertadas con el Coordinador de área. Este número de pacientes programados se debe cumplir independientemente de los festivos. 2. Cumplir con la programación quirúrgica asignada en el equivalente a dos jornadas de 06 horas interviniendo como mínimo 10 pacientes en total. 3. Aceptar las modificaciones en la programación mensual de acuerdo con las necesidades del DMORI, cambiando una o más agendas de consulta externa por jornadas quirúrgicas , teniendo en cuenta que cada hora quirúrgica corresponde a **04 pacientes de consulta.** 4. Diligenciar la Historia Clínica, a todos los pacientes atendidos, y todos los registros asistenciales del DMORI (hojas de referencias, formulas médicas, evoluciones, incapacidades, certificados) según las normas establecidas vigentes por el Ministerio de Salud y de la Dirección General de Sanidad Militar. 5. Acatar las normas establecidas Institucionalmente relacionadas con formulación, remisión de pacientes, solicitud de ayudas diagnósticas, etc. En los formatos establecidos por la institución. 6. Direccionar y desarrollar la atención para los usuarios en los programas de promoción y prevención establecidos por el DISPENSARIO MEDICO ORIENTE DMORI. 7. Establecer y mantener relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud. 8. Diligenciar en las bases de datos diariamente el registro de la consulta, procedimientos o atenciones realizadas. 9. Las consultas que se dejen de realizar por tratarse de un día festivo, se recuperaran en agendas adicionales concertadas con el supervisor del contrato en forma previa a la ocurrencia de dicha fecha.
10. PERIODO DEL INFORME	**Del 01 de Marzo al 31 de marzo de 2026**
11. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES	1) Atendi los pacientes de mi especialidad programados por consulta externa **140** 2) Cumpli con la programación quirúrgica asignada en el equivalente a dos jornadas de 06 horas interviniendo como mínimo 10 pacientes en total. 3) Diligencie la Historia Clínica, a todos los pacientes atendidos, y todos los registros asistenciales del DMORI. 4) Acate las normas establecidas Institucionalmente relacionadas con formulación, remisión de pacientes, solicitud de ayudas diagnósticas, etc. En los formatos establecidos por la institución. 5) Establecí y mantuve relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud.

<table>
<tr><td></td><td>6) Diligencie las bases de datos diariamente el registro de la consulta</td></tr>
<tr><td>12. VALOR DEL CONTRATO</td><td>Valor $ 60.600.000
Vr. Mes $ 6.060.000</td></tr>
<tr><td>13. CUMPLIMIENTO PAGO SEGURIDAD SOCIAL</td><td>
<table>
<tr><td>OBLIGACIÓN</td><td>ENTIDAD</td><td>Vlr. PAGO</td></tr>
<tr><td>PENSIÓN</td><td>COLPENSIONES</td><td>$ 387.900.00</td></tr>
<tr><td>SALUD</td><td>SANITAS</td><td>$ 303.000.00</td></tr>
<tr><td>ARL</td><td>POSITIVA</td><td>$ 59.100.00</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>14. CONSTANCIAS</td><td>En el presente informe se deja constancia que el/la contratista cumplió con las obligaciones contractuales y legales reguladas para este tipo de contrato y como consecuencia se recibe a satisfacción de forma PARCIAL X☐ TOTAL ☐
Así mismo, se deja constancia que durante la ejecución del contrato no se han configurado los presupuestos legales que regulan el contrato laboral.</td></tr>
<tr><td>15. RECOMENDACIONES</td><td>SE INVITA AL CONTRATISTA A CONTINUAR CON SU CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.</td></tr>
<tr><td>16. CONCLUSIONES</td><td>EL CONTRATISTA CUMPLIO A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO.</td></tr>
</table>

Para constancia se firma en, Villavicencio**, 08 de Abril de 2026.**



SMSM. KIMBERLY MURILLO CORREA
CARGO SALAS DE CIRUGIA
Supervisor de Contrato No 139-DMORI-2026

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1018413198
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CRISTIAN RICARDO MELO MURCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:			META
DIRECCIÓN:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	6605963
TIPO APORTANTE:	CRA 32 N 31 55	TELÉFONO:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	00002 - IND 2
		SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:

APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA				
NÚMERO PLANILLA:	**6006366392**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		47986026

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
X																

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 387.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 387.900**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 303.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 303.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 59.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 59.100**

Planilla Pagada

VALOR SIN MORA:	**$ 750.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 750.000**