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: **2026641016656343**
Fecha: 26/05/2025

INFORMACION GENERAL	
Numero de Contrato - Orden de Compra	518-DISANEJC-DMSOC-2026
Nombre Contratista	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE
Nit del contratista	891.800.395
Objeto del Contrato - Orden de Compra	"LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD, EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA EL PERSONAL DE USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE MONIQUIRA DEPARTAMENTO DE BOYACÁ Y SU ÁREA DE INFLUENCIA A LA REGIONAL N° 09"."
Forma y condiciones de pago	El contratante se obliga a pagar al contratista el valor del contrato de forma parcial, previa facturación y suscripción de las actas de recibo a satisfacción con el visto bueno del Supervisor del contrato, de acuerdo a las facturas, las cuales se cancelarán dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a la presentación de la factura comercial los diez (10) primeros días de cada mes en la ciudad de BOGOTÁ en las oficinas de la FIRMA AUDITORA designada por la DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO, el cual debe adjuntar los siguientes documentos soporte: 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 y 506 de 2021 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 3047 de 2008. • 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 Una vez radicado la facturación en las oficinas de la FIRMA AUDITORA designada por la DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO. Esta (firma auditora) Radicara en el DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE facturación debidamente auditada teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 y dentro de los tiempos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y/o demás normas que modifiquen o adicionen. Respuesta y/o conciliación de glosas con el Prestador y notificación de estas al DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE, para continuar con el respectivo proceso de pago, dentro de los tiempos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y/o demás normas que modifiquen o adicionen. a. Recepción a satisfacción del servicio, certificación que debe ser expedida por parte del DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE. Este requisito debe ser plasmado en un informe debidamente suscrito por el supervisor del Contrato. b. Situación de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público Dirección del Tesoro Nacional (Asignación cupo PAC). c. Que se ejecuten los demás trámites administrativos correspondientes. d. El contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF y cajas de compensación familiar. En el evento de prórroga en la entrega del objeto del contrato, por causa imputable al contratista, el pago se postergará en el mismo lapso de la prórroga. NOTA1: EN EL EVENTO DE AMPLIACIÓN DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO, SE POSTERGARÁ EL PAGO EN EL MISMO TERMINO, 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 NO. 596071225 del BANCO DE BOGOTÁ a nombre del HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ, identificado con NIT: 891.800.395-1.**
Modificaciones al Contrato – Orden de Compra	**OMITIDO**

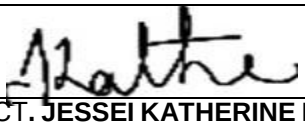
Nombre Supervisor Contrato – Orden de Compra	CT. JESSEI KATHERINE FUENTES PINZON
VALORES CONTRACTUALES	
Valor inicial del contrato	$ 200.000.000
Adición o reducción al contrato	N/A
Valor Vigencia Futura	N/A
Valor total del contrato	$ 200.000.000
TIEMPOS DE EJECUCIÓN	
Plazo de ejecución	La ejecución del respectivo contrato será hasta el 15 de diciembre de 2026 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	15/12/2026
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	FHM789981-FHM791651-FHM792347-FHM785508-FHM792339-FHM789424-FHM791684.
Valor Facturación	$ 2.356.940
Valor Glosado	$ 630.999
Valor a pagar del valor glosado	$ 0
Valor aceptado del valor glosado	$ 1.725.941
VALOR FINAL A PAGO	
Valor a pagar	**$ 1.725.941**
Afectación de recurso (CSF-SSF)	R16 SSF
BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO - ORDEN DE COMPRA	
Valor total contrato	$ 200.000.000
Valor pagado al contratista	$ 0
Valor tramitado a pago	$ 1.725.941
Saldo del contrato	$ 198.274.059
APORTES PARAFISCALES	
Número de la planilla	9504127898
Fecha de pago de la planilla	30/04/2026
Periodo salud	2025-05
Periodo pensión	2025-04
Certificación de aportes (revisoría fiscal o representante legal)	ADRIANA FERRER PACHECO Revisor Fiscal
Fecha de la certificación	26/05/2026
RECIBIDO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO	

<table>
<tr><td>Obligaciones Cumplidas</td><td>
<table>
<tr><th>NUMERO LOTE</th><th>PREFIJO FACTURA</th><th>NUMERO FACTURA</th><th>VL ATENCIÓN</th><th>VL GLOSA INICIAL</th><th>VL A PAGAR PRIMERA AUDITORIA</th></tr>
<tr><td>AD000093155</td><td>FHM</td><td>789981</td><td>$ 103.500</td><td>$ 10.470</td><td>$ 93.030</td></tr>
<tr><td>AD000093155</td><td>FHM</td><td>791651</td><td>$ 123.903</td><td>$ 10.470</td><td>$ 113.433</td></tr>
<tr><td>AD000093155</td><td>FHM</td><td>792347</td><td>$ 103.500</td><td>$ 10.470</td><td>$ 93.030</td></tr>
<tr><td>AD000093155</td><td>FHM</td><td>785508</td><td>$ 1.233.891</td><td>$ 503.467</td><td>$ 730.424</td></tr>
<tr><td>AD000093155</td><td>FHM</td><td>792339</td><td>$ 284.340</td><td>$ 20.054</td><td>$ 264.286</td></tr>
<tr><td>AD000093155</td><td>FHM</td><td>789424</td><td>$ 209.792</td><td>$ 45.014</td><td>$ 164.778</td></tr>
<tr><td>AD000093155</td><td>FHM</td><td>791684</td><td>$ 298.014</td><td>$ 31.054</td><td>$ 266.960</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Actividades realizadas</td><td>EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 592-DISANEJC-DMSOC-2025, SE RECIBIERON LAS FACTURAS POR PARTE DEL CONTRATISTA, EN DONDE SE REALIZARON 7 EXAMENES DE DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS RELACIONADOS DENTRO DEL CONTRATO DENTRO DE LOS HORARIOS ESTABLECIDOS, A LOS PACIENTES RELACIONADOS EN LOS SOPORTES, PARA SU VERIFICACION Y CONTROL.</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
</table>

Anexos:

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

Factura Electrónica de Venta FHM789981-FHM791651-FHM792347-FHM785508-FHM792339-FHM789424-FHM791684.

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