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. 5139

Fecha:24/06/2026

INFORMACION GENERAL	
Numero de Contrato – Orden de Compra	505-DISANEJC-DMSOC2026
Nombre Contratista	CANE IPS SAS
Nit del contratista	NIT 900.681.373-8
Objeto del Contrato – Orden de Compra	CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES DE APOYO TERAPÉUTICO PARA PROCESOS DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL, DIRIGIDOS A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ENTRE LOS 0 Y 18 AÑOS DE EDAD, ADSCRITOS A LA REGIONAL DE SANIDAD MILITAR No. 9 – DMSOC CON DISCAPACIDAD UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE COTA Y MUNICIPIOS ALEDAÑOS.
Forma y condiciones de pago	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 N° 82717090736 de Bancolombia a nombre de CANE IPS SAS identificada con NIT 900.681.373-8, la cual 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. De forma parcial, previa facturación y suscripción de las actas de recibo a satisfacción, con el visto bueno del supervisor del contrato. El pago se realizará de acuerdo con las facturas presentadas, las cuales serán canceladas dentro de los noventa (90) 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 compromete a cumplir con lo establecido en la Circular Externa 020 del 12 de abril de 2021, emitida por el Ministerio de Hacienda, así como con las Resoluciones 000042 del 5 de mayo de 2020 y 506 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, y la Resolución012 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 delE.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 aportesa la Seguridad Social. • Copia de la tarjeta profesional del contador • Pago de seguridad social y parafiscales Una vez radicada la facturación en las oficinas de la firma auditora designada por la Dirección de Sanidad del Ejército, esta procederá a remitir la facturación debidamente auditada al Dispensario Médico Suroccidente, cumpliendo con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 y dentro de los plazos previstos en la Ley 1438 de 2011, así como en las normas que la modifiquen o adicionen. a) 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 quemodifiquen o adicionen. b) Recepción a satisfacción del servicio, certificación que debe ser expedida por parte delDISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE. Este requisito debe ser plasmado en un informedebidamente suscrito por el supervisor del Contrato. c) Situación de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público Dirección del Tesoro Nacional (Asignación cupo PAC). d) Que se ejecuten los demás trámites administrativos correspondientes. e) El contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF y cajas de compensación familiar.
Modificaciones al Contrato	N/A
Nombre Supervisor Contrato	SMSM MARIA CAROLINA RUGELES MANOSALVA
VALORES CONTRACTUALES	
Valor del contrato	$ 50.000.000,00
Valor reducción año 2025	$ -
Valor Vigencia Futura (VF)	$ -
Valor Adición (AD) AL Valor Vigencia Futura (VF)	$ -
Valor total del contrato	$ 50.000.000,00
TIEMPOS DE EJECUCION	
Plazo de ejecución	30 DE NOVIEMBRE DE 2026
FACTURAS A PAGAR	
Número de la factura	
Fecha de la factura	
Valor de la factura	$ 15.188.600,00
Notas crédito	
Notas debito	

INFORMACION AUDITORIA CUENTAS MEDICAS (Cuando aplique)						
N°	**NUMERO LOTE**	**PREFIJO FACTURA**	**NUMERO FACTURA**	**VL ATENCIÓN**	**VL GLOSA INICIAL**	**VL A PAGAR PRIMERA AUDITORIA**
1	AD000097112	FE	621 620 619 628 625 624 623 629 622 626 633 632 631 627 630	$ 15.188.600,00	$ 27.000,00	$ 15.161.600,00
TOTAL				**$ 15.188.600,00**	**$ 27.000,00**	**$ 15.161.600,00**

Valor Inicial AP	$ 50.000.000,00
Valor Glosa	**$ 0,00**
Valor a Pagar Aprobado Por Auditoria	**$ 15.161.600,00**
VALOR FINAL A PAGO	
Valor a pagar	**$ 15.161.600,00**
Afectación de recurso (CSF-SSF)	(REC 10)
BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO - ORDEN DE COMPRA	
Valor Apalancamiento (AP)	$ 50.000.000,00
Valor Vigencia Futura (VF)	$ -
Valor Adición (AD) AL Valor Vigencia Futura (VF)	$ -
Valor total del contrato	$ 50.000.000,00
Valor pagado al contratista	$ 18.697.600,00
Valor trámite a pago	$ 15.161.600,00
Saldo del contrato	**$ 16.140.800,00**
APORTES PARAFISCALES	
Número de la planilla	85892434
Fecha de pago de la planilla	29/05/26
Periodo salud	JUNIO2026
Certificación de aportes (revisoría fiscal o representante legal)	SANDRA MILENA BARROS PULIDO
Fecha de la certificación	24/06/26

RECIBIDO A SATISTACION DEL BIEN O SERVICIO

Obligaciones cumplidas	1) Suscribir el contrato ofrecido. 2) Cumplir con las especificaciones técnicas de la invitación pública y de su oferta, en los términos allí previstos 3) Suministrar oportunamente todos los informes que requiera el supervisor, necesarios para cumplir con los programas, plazos y especificaciones técnicas del objeto del contrato. 4) Dar cumplimiento a los requerimientos exigidos por el supervisor y los documentos del contrato. 5) Para el ejercicio del objeto de contrato, cumplir con la normatividad en Salud (Leyes, Decretos,Acuerdos del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía y Resoluciones Ministeriales), Administrativa, Contable, Fiscal y Financiera, de la facturación médica con cargo a la DMSOC como Unidad Ejecutora. 6) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios del DMSOC – o participantes directas o indirectamente en cualquier momento u oportunidad, antes, durante o después de lasuscripción del presente contrato. 7) Entregar documentación pertinente al objeto del contrato. 8) No suministrar a terceros la información técnica, administrativa y/o financiera del contrato. 9) Asistir a las citaciones del DMSOC en forma verbal o por escrito. El retardo o la mora en el cumplimiento se entenderá cuando la administración o la supervisión del contrato haya señalado plazos fijos, ciertos y determinados para cumplir aún sin requerir solicitud escrita. 10) Para la Ejecución del contrato y cada mes durante la vigencia del contrato, y al momento de la liquidación de este, entregar los recibos de pago de seguridad social integral y riegos laborales 11) Certificar una cuenta de ahorros o corriente para efectos del pago del contrato. 12) Cumplir con el objeto del presente contrato de conformidad con las solicitudes que le formule el DMSOC.13) Deberá dar cumplimiento a las obligaciones determinadas en los documentos precontractuales al igual que las ofertadas en su correspondiente ofrecimiento. 14) Cumplir con el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad. Por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación, ni vínculo laboral alguno del CONTRATISTA con el Ministerio de Defensa Nacional Ejército Nacional Dirección de Sanidad DMSOC.15) Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales y en general se obliga a cumplir con lo establecido en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y Decreto 1082 de 2015. 16) Responder por sus actuaciones y omisiones derivados de la celebración del presente contrato y de la ejecución del mismo, de conformidad con lo establecido en la ley 80 de 1993. 17) Todas las demás en cumplimiento a las normas legales vigentes.

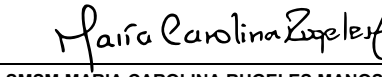
ACTIVIDADES REALIZADAS

NOTA: PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES DE SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES DE APOYO TERAPÉUTICO PARA PROCESOS DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL, DIRIGIDOS A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ENTRE LOS 0 Y 18 AÑOS DE EDAD, ADSCRITOS A LA REGIONAL DE SANIDAD MILITAR No. 9 – DMSOC CON DISCAPACIDAD UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE COTA Y MUNICIPIOS ALEDAÑOS

Anexos:

- Informe de supervisión # 4 - 505 DISANEJC-DMSOC 2026
- Acta de recibo de satisfacción
- Certificación de parafiscales
- Copia certificación contador
- Planilla Salud y Pensión

DATOS DEL SUPERVISOR

FIRMA	
GRADO NOMBRE Y APELLIDO	**SMSM MARIA CAROLINA RUGELES MANOSALVA**

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° 4 FECHA INFORME :(24-06-2026)

1. INFORMACIÓN CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

505-DISANEJC- DMSOC-2026	**FECHA INICIO CTO: 16/03/2026**	**FECHA APROBACIÓN POLIZA: 16/03/2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CANE IPS SAS		**NIT o CC: 900.681.373-8**
PLAZO DE EJECUCIÓN: 30/11/2026	**LUGAR DE ENTREGA:** DMSOC	

OBJETO DEL CONTRATO:"CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES DE APOYO TERAPÉUTICO PARA PROCESOS DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL, DIRIGIDOS A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ENTRE LOS 0 Y 18 AÑOS DE EDAD, ADSCRITOS A LA REGIONAL DE SANIDAD MILITAR No. 9 – DMSOC CON DISCAPACIDAD UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE COTA Y MUNICIPIOS ALEDAÑOS."

FORMA DE PAGO: "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 N° 82717090736 de Bancolombia a nombre de CANE IPS SAS identificada con NIT 900.681.373-8, la cual 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. De forma parcial, previa facturación y suscripción de las actas de recibo a satisfacción, con el visto bueno del supervisor del contrato. El pago se realizará de acuerdo con las facturas presentadas, las cuales serán canceladas dentro de los noventa (90) 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 compromete a cumplir con lo establecido en la Circular Externa 020 del 12 de abril de 2021, emitida por el Ministerio de Hacienda, así como con las Resoluciones 000042 del 5 de mayo de 2020 y 506 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, y la Resolución012 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 delE.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 aportesa la Seguridad Social. • Copia de la tarjeta profesional del contador • Pago de seguridad social y parafiscales Una vez radicada la facturación en las oficinas de la firma auditora designada por la Dirección de Sanidad del Ejército, esta procederá a remitir la facturación debidamente auditada al Dispensario Médico Suroccidente, cumpliendo con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 y dentro de los plazos previstos en la Ley 1438 de 2011, así como en las normas que la modifiquen o adicionen.a) 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 quemodifiquen o adicionen. b) Recepción a satisfacción del servicio, certificación que debe ser expedida por parte delDISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE. Este requisito debe ser plasmado en un informedebidamente suscrito por el supervisor del Contrato. c) Situación de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público Dirección del Tesoro Nacional (Asignación cupo PAC). d) Que se ejecuten los demás trámites administrativos correspondientes.e) El contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF y cajas de compensación familiar. "

3. VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR INICIAL	$	50.000.000,00
VALOR DE LA ADICCION	$	-
VALOR REDUCCIÓN	$	-
VALOR VIGENCIA FUTURA	$	-
VALOR TOTAL	**$**	**50.000.000,00**

4. INFORMACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:	12626	VALOR: $ 50. 000000
REGISTRO PRESUPUESTAL N°:	59326	VALOR: $ 50.000000

5. FACTURA PARA TRÁMITE A PAGO

No. FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICACIÓN	VALOR FACTURA	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	VALOR APROBADO POR AUDITORIA
621 620 619 628 625 624 623 629 622 626 633 632 631 627 630	5/06/26	9/06/26	$ 15.188.600,00	$ 27.000,00	$ 15.161.600,00
TOTAL A CANCELAR			**$ 15.188.600,00**	**$ 27.000,00**	**$ 15.161.600,00**
FECHA AUDITORIA					

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 PRESTADOS MARZO 2026		$ 5.567.000,00		
SERVICIOS PRESTADOS ABRIL 2026		$ 12.440.600,00		
SERVICIOS PRESTADOS MAYO 2026				$ 690.000,00
SERVICIOS PRESTADOS MAYO 2026			$ 15.161.600,00	
TOTAL	**$ 50.000.000,00**	**$ 18.007.600,00**	**$ 15.161.600,00**	**$ 690.000,00**
% DE EJECUCION VALOR CANCELADO	**36%**	**% DE EJECUCION VALOR A TRAMITAR PAGO**		**68%**

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	150081226	6/05/26	$ 5.567.000,00	
	202896826	5/06/26	$ 12.440.600,00	
	PENDIENTE DE PAGO		**18.007.600,00**	**$ 15.851.600,00**
	TOTAL			**$ 15.851.600,00**

7.2. ESTADO FINANCIERO CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA	$	50.000.000,00
VALOR CANCELADO	$	18.007.600,00
VALOR A TRAMITAR A PAGO	$	15.851.600,00
VALOR SALDO CONTRATO	**$**	**16.140.800,00**

8. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

El proveedor cumple con la obligación de prestar los servicios objeto del contrato a los usuarios y beneficiarios del Establecimiento de Sanidad Militar con la verificación del documento de identidad original, orden de servicio autorizada, y formato de referencia.

9. NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANCIA

NO SE PRESENTAN NOVEDADES

10. ANEXOS AL INFORME

María Carolina Rugeles

SMSM. MARÍA CAROLINA RUGELES MANOSALVA

carolina.rugeles.manosalva@gmail.com