MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO	INFORME DE SUPERVISION N° 5 (AGOSTO 30 DEL 2026) FECHA INFORME : 30 AGOSTO DE 2026
CONTRATO Y/O ACUERDO N° No.187-DMORI-2026	**FECHA SUSCRIPCION CONTRATO: MARZO 11 DEL 2026**

1: INFORMACIÓN DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGÍA, EJECUTADOS EN LAS INSTALACIONES DEL DISPENSARIO MÉDICO ORIENTE, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL DISPENSARIO MÉDICO ORIENTE Y DE SUS SATÉLITES

NOMBRE DEL CONTRATISTA: CRISTIAN RICARDO MELO MURCIA.	**NIT o CC: 1018413198**
PLAZO DE EJECUCIÓN:	Que el plazo de ejecución del contrato No. 187.DMORI-2026 se estableció hasta el 15 de diciembre de 2026 ylo hasta el agotamiento de los recursos 10 primero que ocurra.

LUGAR DE ENTREGA: El término de ejecución será contado a partir del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución (expedición registro presupuestal y aprobación garantía única), HASTA EL 15 DE DICIEMBRE DE 2026 y/o hasta agotar el presupuesto.

VALOR DEL CONTRATO:	$ 50.000.000,00	**EN LETRAS:** CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($50.000.000, M/CTE

FORMA DE PAGO:
CONDICIONES DE PAGO: La DIRECCIÓN DE SANIDAD- DISPENSARIO MEDICO ORIENTE, se obliga a pagar el 100% del valor del contrato de la siguiente forma: CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($50.000.000,00) IVA INCLUIDO bajo el rubro A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES., en pagos parciales a 60 (sesenta) días, al recibido a satisfacción de cada facturación presentada por el contratista, el cual la tramitará a la oficina de facturación y posteriormente será avalada por el supervisor para pago; previo cumplimiento de los siguientes requisitos:
1. Entregar factura al supervisor del contrato, presentando al MDN- EJÉRCITO NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD- DISPENSARIO MEDICO ORIENTE en la sección de presupuesto las facturas a nombre de la Dirección General de Sanidad Militar – Dispensario Médico Oriente con NIT Nº 901541154-5 los cinco (5) primeros días del mes facturado, Radicar las facturas; anexando tres copias de la siguiente documentación:Original de la factura (3 copias)
NOTA: De conformidad con el Artículo 47 de la Ley 594 de 2000, los documentos de archivo, sean originales o copias deberán elaborarse en soportes de comprobada durabilidad y calidad, de acuerdo con las normas nacionales o internacionales que para el efecto sean acogidas por el Archivo General de la Nación. Para el efecto, el contratista deberá entregar la documentación en folios completos para sus respectivos pagos (No en medias hojas).b. Póliza y Aprobación de póliza c. Contrato (3 copias) d. Aportes parafiscales (3 copias)a) Acta de recibo a satisfacción parcial, expedida por el supervisor, y representante del contratista.
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) Verificación por parte del MDN- EJÉRCITO NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD- DISPENSARIO MEDICO ORIENTE del cumplimiento del contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF y Cajas De Compensación Familiar.
e) Documento equivalente a factura según artículo 3 del Decreto 522 de 2003.
f) La publicación de las facturas o documentos equivalentes en el SECOP y otros relacionados con la ejecución.

2: RESUMEN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: 17726	**FECHA:** 24-01-2026	
REGISTRO PRESUPUESTAL N°: 20326 AÑO 2026	**FECHA:** 13/03/2026	**$ 50.000.000,00**
Oficio aprobación cupo vigencias futuras 2026		

3: MODIFICATORIOS

TIPO	FECHA	OBJETO
N/A	N/A	N/A

4: RELACION DE BIENES Y/O SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO

LOTE 1

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
N/A	N/A	N/A	$ -	0%	$ -

5: RESUMEN DE POLIZAS

SEGUROS DEL ESTADO S.A.		POLIZA DE CUMPLIMIENTO : 21-46-101140500 RCE:		
AMPAROS CUBIERTOS	**PORCENTAJES AMPAROS CUBIERTOS**	**VALOR**	**DESDE**	**HASTA**
CUMPLIMIENTO	Por el 20%del valor total del contrato y seis meses mas	$ 5,000,000.00	11/03/2026	15/04/2027
CALIDAD DEL SERVICIO	Por el 20% del valor total del contrato	$ 5,000,000.00	11/03/2026	15/04/2027
PAGOS DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	Por el 20% del valor total del contrato	$ 2,500,000.00	11/03/2026	15/12/2029
FECHA DE EXPEDICION DE LAS POLIZAS: 13/03/2026		**POLIZA RESPONABILIDAD CIVIL: N/A**		

6: BALANCE Y EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	V/R CONTRATO	FACTURADO	AUTORIZADO	V/R GLOSA (SI APLICA)	V/R CANCELADO
V/R CONTRATO	$ 50.000.000,00				$ 50.000.000,00
V/R PRIMERA ADICION					
TOTAL	$ 50.000.000,00				
% DE EJECUCION POR PAGO CANCELADO		**0,00%**	**% DE EJECUCION POR PAGO AUTORIZADO**		**0,00%**

7: PAGOS EFECTUADOS

CONCEPTO DE PAGO Y FECHA:		**VALOR PAGADO EN EL MES:**	$ -

7.1. ESTADO FINANCIERO CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VIGENCIA 2026		**$ 50.000.000,00**	
VALOR CANCELADO			
VALOR SALDO CONTRATO			**$ 50.000.000,00**
VALOR EN AUTORIZACIÓN			
SUMAS IGUALES		**$ 50.000.000,00**	**$ 50.000.000,00**

7.2. ACTAS DE RECIBO A SATISFACCION

ITEM	DESCRIPCION	ACTA	FECHA	ENTRADA DE ALMACEN	VALOR ENTREGADO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	$ -
				VALOR TOTAL CANCELADO	**$ 0,00**
				PORCENTAJE EJECUCIÓN FÍSICA %	**0,00%**

8. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

SE EJECUTA CONTRATO EN EL MES DE AGOSTO 2026.

8. AVANCE TOTAL DEL CONTRATO

EJECUCIÓN FINANCIERA	0,00%	EJECUCIÓN FISICA	0,00%

9. NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANCIA

SE EJECUTA CONTRATO EN EL MES DE AGOSTO 2026.

10. ANEXOS AL INFORME

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA TRAMITE DE PAGO

PRIMER Y ÚNICO PAGO	DE MÁS PAGOS
CERTIFICACIÓN BANCARIA < 30 DIAS	CERTIFICACIÓN DE APORTES
FORMULARIO RUT VIGENCIA ACTUAL	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE
CERTIFICACIÓN DE APORTES	ENTRADA AL ALMACEN (SI APLICA)
FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE	CONCEPTO DE AUDITORIA (SI APLICA) Y OFICIO REMISORIO
ENTRADA AL ALMACEN (SI APLICA)	OFICIO Y AUTORIZACIÓN DEL GENERAL
COPIA CONTRATO, OR. DE COMPRA, ACEPTACIONES	ACTA DE RECIBO A SATISFACCÓN
COPIA POLIZAS Y APROBACION DE POLIZAS	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL
CONCEPTO DE AUDITORIA (SI APLICA) Y OFICIO REMISORIO	
OFICIO Y AUTORIZACIÓN DEL GENERAL	
ACTA DE RECIBO A SATISFACCÓN	
COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL	

SMSM. KIMBERLY MURILLO CORREA
En calidad de supervisor contrato No. 187-DMORI-2026

Dr. Cristian Ricardo Melo Murcia
O-47 - Régimen simple de tributación | Régimen: No responsable de IVA | Responsabilidad tributaria: No aplica
Calle 36 no 37-29 , Villavicencio
3108008585 -
Cédula ciudadanía - 1018413198
Dr. Cristian Ricardo Melo Murcia
Calle 36 37-29, 3108008585, Villavicencio

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CMFV276

FECHA FACTURA
06/10/2026
FECHA VENCIMIENTO
06/11/2026

FACTURADO CON CARGO A	DOCUMENTO PAGADOR	FOLIOS	
DISPENSARIO MEDICO ORIENTE Dirección: KM 7 VIA PUERTO LOPEZ CANTON MILITAR APIAY Ciudad: Villavicencio Teléfono: 3508129873	NIT - 901541154	Folio	
	METODO DE PAGO / FORMA DE PAGO	**Responsabilidades Fiscales**	**Responsabilidades Tributarias**
	TRANSFERENCIA CRÉDITO BANCARIO / CRÉDITO		NO_APLICA

CUFE: cfd1faff528067fb41a4bfce0c136d2b2f34ce433beb5e82099e43c8fcdceb42c6625d72a4fb33247e07f13a4cd3e046

NOTA
Honorarios Urólogo correspondiente al mes de agosto 2026. Contrato 187 Cirugías

Facturación por Electrónica generada por Dr. Cristian Ricardo Melo Murcia. Autorización de facturación No. 18764111131840 de 12/06/2026. Vigencia hasta 12/06/2028 - 24 meses. Rango autorizado: CMFV214 a CMFV800

Cargos Facturados

CÓDIGO	PACIENTE - DOCUMENTO - N. AUTORIZACIÓN	CDO. - CONCEPTO FACTURACIÖN	VAL.	CANT	DESCUENTOS	ANTICIPOS	TOTAL
573201	Paciente: DISPENSARIO MEDICO ORIENTE Documento: Adulto sin identificar 901541154 Teléfono: 350812987 Ciudad: Villavicencio Fecha: 06/10/2026	COD: 573201 Honorarios Urólogo - Cistoscopia Transuretral	$ 410.000,00	7	$ 0,00	$ 0,00	$ 2.870.000,00

Discriminación de Impuestos

BASE	TARIFA	IMPUESTO
$2,870,000.00	0.0%	$0.00

VALOR A PAGAR EN LETRAS	
DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA MIL PESOS COLOMBIANOS	
FIRMA Y SELLO	
ACEPTADO CLIENTE	

SUBTOTAL	$2,870,000.00
TOTAL DESCUENTOS	$0.00
TOTAL ANTICIPOS	$0.00
TOTAL IVA	$0.00
RET. ICA	$0.00
RET. FUENTE	$0.00
RET. IVA	$0.00
VALOR A PAGAR	**$2,870,000.00**

Fecha de impresión 06/10/2026 por vian1116@msn.com Generada por: vian1116@msn.

FACTURA IMPRESA POR SALUDTOOLS WWW.SALUDTOOLS.COM

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:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CRA 32 N 31 55	TELÉFONO:	6605963
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	00002 - IND 2

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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6026073413**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/08/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	536311484		

NOVEDADES

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

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**

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