ARMADA NACIONAL DE COLOMBIA
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL
PROCESO GESTIÓN RECURSOS FINANCIEROS
LISTA DE CHEQUEO PARA TRAMITES DE PAGO

Versión: 10.0	Fecha: 26/09/2024	Página: 1 de 1

CONTRATOS DE SERVICIOS MEDICOS

IPS: **No. CTO:**

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
5	INFORME DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SECOP (Marque con una X)**
6	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
7	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
8	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
9	POLIZA DE GARANTÍA	
10	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
11	COPIA DEL CONTRATO	
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	

OBSERVACIONES:

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS **FIRMA SUPERVISOR**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

CONTRATOS DE PROVEEDORES (BIENES Y SERVICIOS)

CONTRATISTA: **No. CTO:**

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
5	ENTRADA DE BIENES DEL ALMACEN	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SECOP (Marque con una X)**
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
7	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
8	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
9	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
10	POLIZA DE GARANTÍA	
11	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
12	COPIA DEL CONTRATO	
13	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	

OBSERVACIONES:

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS **FIRMA SUPERVISOR**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

PAGOS DE CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS

CONTRATISTA: Leydi Johanna Salas Cardenas **No. CTO:** 016-ARC-DISAN-2025

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA O SECOP (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE DE SOLICITUD DE PAGO	
5	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Verificar por parte del Supervisor del contrato en SISPRO)	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SECOP (Marque con una X)**
7	OFICIO CERTIFICACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE RENTA	
8	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
9	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
10	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
11	POLIZA DE GARANTÍA	
12	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
13	COPIA DEL CONTRATO	
14	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	

OBSERVACIONES:

Mayra Marcela Vallejo Vallejo

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS **FIRMA SUPERVISOR**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

PAGOS RESOLUCIÓN SERVICIOS MEDICOS - ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO - CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS - ENTIDADES ASEGURADORAS.

ENTIDAD: **No. FACTURA:**

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	RESOLUCIÓN DE ORDENAMIENTO DE PAGO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
5	INFORME DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS PARA EL CASO DE SERVICIOS MEDICOS	
6	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
7	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
8	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS **FIRMA SUPERVISOR**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

PAGO VIÁTICOS

FUNCIONARIO: **No. CÉDULA:**

No. RESOLUCIÓN:

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	RESOLUCIÓN POR LA CUAL SE DESTINA LA COMISIÓN PERSONAL CIVIL	
4	RESOLUCIÓN DE ORDENAMIENTO DE PAGO	
5	CUMPLIDO DE COMISIÓN	
6	FORMATO LIQUIDACIÓN VIÁTICOS	
7	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
8	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
9	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

PAGO SERVICIOS PÚBLICOS

ENTIDAD _____ **No. FACTURA:**

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
5	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
1	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
2	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
3	PLANILLA RESUMEN RELACIÓN DETALLADA DE SERVICIOS DE ENERGÍA O LÍNEAS DE SERVICIOS DE TELEFONOS DE LA DISAN O ESM	
4	FACTURA SERVICIOS PÚBLICOS	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

Bogotá D.C, 28 de ENERO de 2025

Señora:
PD. MAYRA MARCELA VALLEJO VALLEJO
ABOGADA DISAN - SUBME
Supervisora Contrato No. 016-ARC-DISAN-2025
Bogotá D.C.

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO No. 016-ARC-DISAN-2025.

LEYDI JOHANNA SALAS CARDENAS, identificado como aparece al pie de mi firma, de la manera más respetuosa me permito presentar, el informe de actividades realizadas en mi condición de CONTRATISTA, durante el periodo comprendido entre el 14 al 31 de enero de 2025, en cumplimiento a lo establecido en la cláusula quinta del CONTRATO No. 016-ARC-DISAN-2025 del 14 de enero de 2025, cuyo objeto contractual es: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TECNÓLOGA ADMINISTRATIVO PARA LA DIRECCION DE SANIDAD ARMADA NACIONAL PARA EJERCER APOYO A LA GESTION DE LOS PROCESOS DE LA SUBDIRECCION DE MEDICINA LABORAL CON TOTAL AUTONOMIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA", las cuales relaciono a continuación:

INFORME DE ACTIVIDADES No. 01

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EJECUTADAS CONFORME AL PERIODO

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES REALIZADAS
1.	Verificar permanente los expedientes del personal militar activo y en retiro que inician y tienen aperturado proceso médico laboral con la Institución, llevando control del manejo de los archivos, elaborar mensualmente los avances de los archivos digitalizados y los avances del proceso, Así mismo trascribir los conceptos médicos, acta de Comité de Sesión y Análisis Laboral y demás soportes médico - administrativos en cada proceso médico laboral en los sistemas de información que se manejan en la SUBME. El contratista deberá presentar al supervisor los soportes de la realización de la obligación, bien sea mediante archivos en medio magnético u otros que requiere que el supervisor.	Durante el periodo de enero se apoyó en la digitación de 1 concepto medico laboral - junta médica científica por la especialidad de Psiquiatría - Apoyo área JURIDICA
2.	A Crear los expedientes físicos y en medio magnético acuerdo la calificación de la Ficha Médico Odontológica del proceso de Oficiales, Suboficiales, e Infantes de Marina en servicio activo, retirados o licenciados. (En promedio mínimo a la semana inicio de 15 procesos). El contratista deberá presentar al supervisor los soportes de la realización de la obligación, bien sea mediante archivos en medio magnético u otros que requiere que el supervisor.	Durante el periodo de enero se realizó la creación de 96 expedientes en físico (carpetas) y en medio magnético (Dinámica Gerencial) de Infantes de Marina Licenciados y Retirados.
3.	Aperturar e iniciar los procesos médico laborales del personal militar activo y retirado que lo requiera, así como coordinar los servicios en los Dispensarios Médicos o Establecimientos de sanidad Militar de EJC y FAC. (En promedio mínimo a la semana inicio de 15 procesos).	Durante el periodo de enero se realizaron 27 aperturas de Inicio de Proceso Medico Laboral por Retiro mediante oficio de Notificación al Infante de Marina y Coordinación de servicios médicos al Establecimiento de Sanidad Militar. Además se realizaron 69 aperturas de Inicio de Proceso Medico Laboral por Licenciamiento mediante oficio de Notificación.
4.	Emitir respuesta a las PQRS radicadas en la Subdirección de Medicina Laboral y reasignadas a	Durante el periodo de enero no fueron asignadas PQRS para emisión de respuesta,

	la contratista, dentro de los plazos establecidos de acuerdo a la radiación (aplicativo DIGSA- ARC, Correo electrónico, Sistema de Información ORFEO y otros). (En promedio mínimo al día emitir 10 respuestas)	
5.	Apoyar en la coordinación ante la Dirección General de Sanidad Militar para la activación de los servicios médicos del personal con proceso medico laboral en curso.	Durante el periodo de enero no se realizaron coordinaciones de activación a la Digsa.
6.	Las demás actividades requeridas o designadas por la Subdirección de Medicina Laboral, propias de los procesos y gestión documental.	Durante el periodo de enero se realizó 1 oficio al Establecimiento de Sanidad Militar - apoyo área JURIDICA. Se realizaron 39 certificados de Aptitud Psicofísica como APTO. Se realizaron 2 notificaciones a DINCO sobre novedades de Fichas Medico Odontológicas. Se realizaron 2 notificaciones a los Establecimientos de Sanidad Militar de Tumaco y EJC sobre novedades de Fichas Medico Odontológicas.
7.	Al término del contrato deberá el contratista presentar un informe pormenorizado de los casos analizados, resueltos y tratados durante el tiempo de ejecución del contrato.	Se realizará el informe requerido, una vez termine el Contrato.

ACREDITACIÓN DEL PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: Cumpliendo con lo dispuesto en el contrato, anexo el comprobante de pago de seguridad social, planilla No. 83465393 correspondiente al mes de diciembre de 2024.

INFORMACIÓN DE NOVEDADES AL SUPERVISOR: Ninguno.

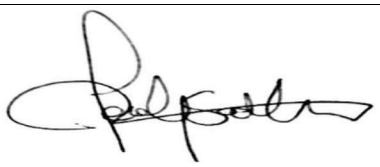
SOLICITUD DE PAGO DEL CONTRATO No. 016-ARC-DISAN-2025.

Con ocasión a la forma de pago definida en la cláusula séptima del contrato, para el periodo ejecutado, corresponde a la Dirección de Sanidad de la Armada Nacional, pagar a nombre del contratista, la siguiente suma:

No. PAGO	FECHA	VALOR A PAGAR	CONCEPTO	REGIMEN	No. RUT
No. 01	**28/01/2025**	UN MILLÓN DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS MONEDA CORRIENTE **($** 1.246.788,00) M/CTE	**Servicios prestados desde el 14 al 31 de** enero **de 2025, en desarrollo del contrato No. 016-ARC-DISAN-2025**	**SIMPLIFICADO**	**1033807654-2**

Para efecto del pago, agradezco desembolsar en la cuenta Ahorros (x) No. 91225686250 del banco BANCOLOMBIA

Atentamente,



LEYDI JOHANNA SALAS CARDENAS
CC 1.033.807.654
No. de contrato **016ARC-DISAN-2025.**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033807654	LEYDI JOHANNA SALAS CARDENAS	CLL 67 sur #63 64	7116514	johannasalas98@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I -- Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	20/01/2025	83465393	$378.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	5	600	0	163.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	5	700	0	208.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	5	100	6.900			68	6.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	163.100
Pensión	1	208.000	208.700
Riesgos Laborales	1	6.800	6.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	378.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033807654	LEYDI JOHANNA SALAS CARDENAS	CLL 67 sur #63 64	7116514	johannasalas98@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	20/01/2025	83465393	$378.700	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estu-vacio	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1033807654	SALAS CARDENAS LEYDI JOHANNA	59	0			N																	230301	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS008	1,300,000	162,500	14-23	1,300,000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información