

|                                                                                   |                                                       |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>ARMADA NACIONAL<br/>DIRECCION DE SANIDAD NAVAL</b> |                          |
|                                                                                   | <b>GESTION CONTRACTUAL</b>                            |                          |
|                                                                                   | <b>ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL</b>          |                          |
|                                                                                   | <b>Versión: 3.0</b>                                   | <b>Fecha :25-06-2013</b> |

Acta N° 011 Correspondiente al mes de noviembre de 2025

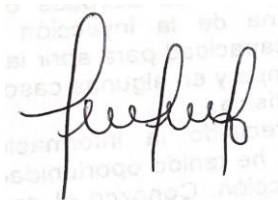
| DIRECCION DE SANIDAD NAVAL     |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha                          | 30 DE NOVIEMBRE 2025                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Contrato, Orden o convenio N°  | 012-ARC-DISAN-DMBOG-2025                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Contratista                    | NINI LORENA MUÑOZ MEDINA                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Identificación (Cedula o Nit ) | 52971063                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Objeto                         | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DENTRO DE LA SECCIÓN DE SALUD DE LA UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN MILITAR PUERTO CARREÑO, PARA ÁREAS ADMINISTRATIVAS Y/O ASISTENCIALES INCLUYENDO PACIENTES AFECTADOS POR COVID-19, CON TOTAL AUTONOMÍA ADMINISTRATIVA, TÉCNICA Y FINANCIERA. |
| Valor Total del Contrato       | VEINTIDÓS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS MONEDA CORRIENTE. (\$22.740.282,00 M/CTE)                                                                                                                                                                          |
| Plazo de Ejecución             | UNA VEZ CUMPLIDOS LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 Y/O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO LO QUE SUCEDA PRIMERO.                                                                                                                           |
| Forma y Condiciones de Pago    | FORMA DE PAGO MENSUAL DE ACUERDO A LA CLAUSULA CUARTA DEL CONTRATO 012-ARC-DISAN-DMBOG-2025                                                                                                                                                                                                   |
| Número de la factura           | 011                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Valor de la Factura            | \$ 2.007.190                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Saldo del contrato             | \$ 2.007.190 - 91.17 % ejecutado                                                                                                                                                                                                                                                              |
| No CDP                         | 7025 21/01/2025                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| No RP                          | 6625 29/01/2025                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                     |                    |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|
| No FACTURA                        | FECHA FACTURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS | VALOR DE DIFERENCIA | VALOR TOTAL APAGAR |
| N/A                               | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | N/A                      | N/A                 | N/A                |
| ESM                               | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                     |                    |
| Observaciones                     | Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato No._____, manifiesta que el contratista_____, cumplió con las obligaciones adquiridas y derivadas del contrato, y dentro del término otorgado para tal fin, por lo cual me permito declarar que no hay lugar a la aplicación de multas, indemnizaciones o intereses en su contra. |                          |                     |                    |

| CARACTERISTICAS DE LA OBRA O SERVICIO RECIBIDO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Descripción                                    | Prestación de servicios como auxiliar de enfermería dentro de la sección de salud de la unidad básica de atención militar puerto Carreño, para áreas administrativas y/o asistenciales incluyendo pacientes afectados por covid-19, con total autonomía administrativa, técnica y financiera. N° orden de pago 011                                                                                                              |
| Observaciones                                  | Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato No. 012-ARC-DISAN-DMBOG-2025, manifiesta que el contratista NINI LORENA MUÑOZ MEDINA cumplió con las obligaciones adquiridas y derivadas del contrato, y dentro del término otorgado para tal fin, por lo cual me permito declarar que no hay lugar a la aplicación de multas, indemnizaciones o intereses en su contra. Total de horas laboradas 170 horas. |

|                                                                                   |                                                             |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>ARMADA NACIONAL</b><br><b>DIRECCION DE SANIDAD NAVAL</b> |                          |
|                                                                                   | <b>GESTION CONTRACTUAL</b>                                  |                          |
|                                                                                   | <b>ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL</b>                |                          |
|                                                                                   | <b>Versión: 3.0</b>                                         | <b>Fecha :25-06-2013</b> |

Certificado de Cumplimiento Aportes Parafiscales firmado por el Representante Legal o Revisor Fiscal octubre 2025, Planilla Integrada de Seguridad Social No. 91080939.



**TFASOD CARDONA VIGGIANI LIZETH MERCEDES**

**Supervisora del contrato No. 012-ARC-DISAN-DMBOG-2025**  
**[lizeth.cardona@armada.mil.co](mailto:lizeth.cardona@armada.mil.co)**