	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL		
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL		
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS Y SOLICITUD DE PAGO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		
	Versión 1.0	Fecha: 20/02/2023	Página 1 de 2

Bogotá D.C, 29/01/2026

Señora:
Claudia Marcela Castañeda Laborde
Capitán de Fragata
Supervisor Contrato No. 011-ARC-DISAN-2026
Bogotá, D.c.

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO No. 011-ARC-DISAN-2026.

Yo, Gissell Paola Herrera Solano, 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 nueve (09) al treinta y uno (31) de enero de 2026, en cumplimiento a lo establecido o en la cláusula quinta del CONTRATO No. 011-ARC-DISAN-2026 del 09 de enero de 2026, cuyo objeto contractual es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL ASISTENCIAL PARA APOYO ADMINISTRATIVO PARA EJECUTAR Y ORIENTAR LAS ACTIVIDADES Y/O ACCIONES EN LA OFICINA DE PLANEACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA ARMADA NACIONAL, las cuales relaciono a continuación:

INFORME DE ACTIVIDADES No. 01

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EJECUTADAS CONFORME AL PERIODO

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES REALIZADAS
1.	Apoyar en la actualización de los módulos Plan de compras y Costos en el sistema de información SAP-SILOG registrando las solicitudes de disponibilidad presupuestal y de modificaciones presupuestales al plan de compras, cada vez que estas se Presenten.	Durante el periodo se brindó apoyo al registro de solicitudes de disponibilidad presupuestal.
2.	Apoyar a los Establecimientos de Sanidad Militar a Nivel Nacional en el trámite para creación de materiales y suministros, y garantizar la existencia de los mismos en DISAN para la creación de los contratos en el sistema de información SAP-SILOG acuerdo a información suministrada por el área de Contratos.	Durante el periodo no se requirió dicha actividad.
3.	Brindar apoyo en la verificación del cierre mensual del módulo de plan de compras en los Establecimientos de Sanidad Militar a Nivel Nacional.	Durante el periodo se realizó la verificación del cierre mensual en los Establecimientos de Sanidad Militar a nivel nacional.
4.	Apoyar en la verificación del cierre mensual del módulo de costos en los Establecimientos de Sanidad Militar a Nivel Nacional.	Durante el periodo no se requirió dicha actividad.
5.	Proyectar el reporte de ejecución plan de compras de los Establecimientos de Sanidad Militar a Nivel Nacional y la Dirección de Sanidad Naval, acorde a requerimientos DIGSA.	Durante el periodo se realizó la ejecución del módulo de plan de compras de la Dirección de Sanidad Naval.
6.	Proyectar y presentar los cuadros e informes que le sean requeridos en desarrollo de sus obligaciones.	Durante el periodo se realizó el informe correspondiente al cuarto trimestre del plan de acción.
7.	Brindar apoyo mensualmente conciliación con el área de presupuesto para cotejar los sistemas de información SAP-SIIF II.	Durante el periodo se realizó conciliación del mes diciembre 2025 a las regionales SA55, SA56, SA57, SA58 Y SA59.
8.	Apoyar cada vez que se requiera la expedición de solicitudes de CDP de acuerdo al presupuesto asignado.	Durante el periodo se dio apoyo a expedición de CDP correspondientes a los contratos de ops 2026.

9.	Documentar, implementar y ejecutar las actividades propias de la oficina de planeación y sus procesos en la Dirección de Sanidad Armada Nacional y los establecimientos de Sanidad certificados.	Durante el periodo no se requirió dicha actividad.
10.	Apoyar en el archivo y gestión documental de la documentación generada en el desarrollo de las actividades propias del área, de acuerdo con la política de Gestión documental y tablas de retención documental establecidas por la Dirección de Sanidad Armada Nacional.	Durante el periodo no se requirió dicha actividad.
11.	Cuando sea convocado, asistir a las actividades de entrenamiento o actualización de las plataformas tecnológicas o sistemas de información utilizadas para la ejecución del objeto contractual.	Durante el periodo no se requirió dicha actividad.
12.	Realizar gestión, seguimiento y control de manera mensual al plan de acción 2025 y proyectar los informes periódicos requeridos por la Dirección de Sanidad Militar DIGSA.	Durante el periodo se dio a conocer el avance a DIGSA del plan de compras 2025. Del mismo modo se hizo la respectiva socialización al personal de calidad, jefes de establecimiento y áreas de la DISAN del plan de acción 2026.
13.	Las demás que sean asignadas por el supervisor del contrato y/o el jefe inmediato.	Durante el periodo no se requirió dicha actividad.

ACREDITACIÓN DEL PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: Cumpliendo con lo dispuesto en el contrato, anexo los documentos relacionados seguridad social, planilla No. 35899769 del mes de enero.

INFORMACIÓN DE NOVEDADES AL SUPERVISOR: Ninguna

SOLICITUD DE PAGO DEL CONTRATO No. 011-ARC-DISAN-2026.

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. 001	**09/01/2026**	TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 3.350.000,00 M/CTE)	**Servicios prestados desde el 09 al 31 de enero del 2026, en desarrollo del contrato No. 011-ARC-DISAN-2026**	**SIMPLIFICADO**	**1005708425-6**

Para efecto del pago, agradezco desembolsar en la cuenta Ahorros (x) No. 91280139217 del banco Bancolombia.

Atentamente,

Gissell Paola Herrera Solano
Cc.1005708425
No. de contrato **011-ARC-DISAN-2026.**

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **10058708425,** *no está registrado/a* en el Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de enero de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CER_AFI_2026013570225

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

GISELL PAOLA HERRERA SOLANO identificado con CC. 1005708425 registra la siguiente información en el ram de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	DIRECCION DE SANIDAD ARMADA NACIONAL
Tipo y Numero de Documento	NI - 901433263

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/09	**Fecha inicio contrato**	2026/01/09
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/30
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1841301 - REGULACION DE LAS ACTIVIDADES DE ORGANISMOS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD, EDUCATIVOS,
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

Esta certificación se expide a los 29 días del mes de enero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página we Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente códig **CC29012026G1005708425H4739241.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) GISSELL PAOLA HERRERA SOLANO identificado(a) con CC 1005708425 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **30/12/2019**

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE , a los 29 días del mes 1 del año 2026 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Certificación Bancaria

Jueves, 29 de enero de 2026

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **GISSELL PAOLA HERRERA SOLANO** identificado(a) con CC. **1005708425** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	912-801392-17	2025/03/13	Activa

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, Gissell Paola Herrera Solano, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1005708425, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto **bajo gravedad de juramento** que:

1. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea y **bajo la gravedad de juramento**, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí (Anexar soportes según sea el caso):

DATOS DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	EDAD
N/A	N/A	N/A

1.1. Declaro que mi cónyuge, _____N/a_____ identificado (a) con la C.C. No. _____N/a_____ NO ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

2. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

2.1. **Intereses de vivienda:** Certificación del crédito hipotecario expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior.

SI __ NO X__

- **El crédito ha sido otorgado a varias personas.** Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Articulo 8) _____
- **El crédito ha sido otorgado a ambos conyugues**. Declaro que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario (Decreto 3750 de 1986 Articulo 8) _____

2.2. **Aporte cuenta AFC**: Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta

SI ___ NO X__

2.3. **Aportes voluntarios a pensión**: (Diferentes a los Obligatorios) anexo certificación.

SI ___ NO X__

2.4. **Pagos por salud:** Certificación de medicina prepagada o seguros de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior.

SI ___ NO X__

3. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

4. **Ley 100 de 1993. Artículo 15. Afiliados**. *"(...) Todas las personas naturales que presten directamente servicios al Estado, los trabajadores independientes entre otros tienen la* ***obligación*** *de* ***aportar al Sistema General de Seguridad Social – SGSS****, si perciben ingresos netos iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente – SMMLV (...)"*, por consiguiente:

   - Declaro bajo la gravedad de juramento y para todos los efectos legales, que (marque con una X): SI ____ NO _X_ estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o más contratos de prestación de servicios con entidades públicas.

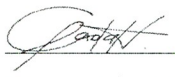
   - Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	NOMBRE ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DEL CONTRATO	VALOR HONORARIOS MENSUALES
1.	N/A	N/A	N/A
2.			
3.			

Nota*: En caso de tener dos (2) o más contratos con el sector público, se debe anexar pantallazo del SECOP.*

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá a los 29 días del mes de Enero de 2026.

Atentamente,



Firma del Contratista

C.C. No. 1005708425

FORMATO CERTIFICACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES
–CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE RENTA-

Bogotá D.C., 29 de enero 2026

Señor Capitán de Navío
JUAN CARLOS HINCAPIÉ AGUDELO
Director de Sanidad Naval – ARC
Bogotá D.C.

ASUNTO: Retención en la Fuente Empleados – Contribuyentes del Impuesto de Renta, según Ley 1607 de Diciembre de 2012 y Decreto No.0099 de Enero 25 de 2013.

Yo, Gissell Paola Herrera Solano identificado(a) con cédula de ciudadanía No 1005708425 de la ciudad de Bogotá, con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 1607 de 2012 y paragrafo 3°del Decreto 0099 de 2013, certifico a ustedes, bajo la gravedad de juramento, que:

SI ( ) NO **(X)** Soy declarante del impuesto de renta y complementario en el año 2025, ya que
SI ( ) NO **(X)** superé todos o cualquiera de los siguientes montos en el año gravable 2025:

Patrimonio Bruto	Superiores a	4.500UVT = $ 235.683.000,00
Consignaciones Bancarias	Superiores a	1.400UVT = $ 73.324.000,00
Ingresos Totales	Superiores a	1.400UVT = $ 73.324.000,00
Consumos de Tarjetas de Crédito	Superiores a	1.400 UVT = $ 73.324.000,00
Compras (crédito o de contado)	Superiores a	1.400UVT = $ 73.324.000,00

*En el caso de la base de **Ingresos Totales de 4.500 UVT**, se entiende que se aplica para efectos de retención, según Art. 3 parágrafo 4° del Decreto 0099/2012.

Para efectos de declarar como Trabajador Independiente (art.18 Ley 1607/2012) respecto a ingresos, ver topes vigentes.
UVT año 2026: $52.374,00

*Deducible de la Base: Art2 - Art3. Decreto 0099/2013 (Si aplica anexar soportes).

En constancia de lo anterior firmo en la ciudad de Bogotá D.C., al 29 día del mes de enero del año 2026.

Atentamente,



FIRMA

Nombre: Gissell Paola Herrera Solano

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1005708425 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2026-01	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	280.200	0	280.200
Período salud:	2026-01	EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1	0	218.900	0	218.900
Planilla Nro.:	35899769 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	9.200	0	9.200
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2026-01-29	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	1507	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	17146031	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 508.300

PAGADO