Bogotá D.C, 28 – Enero - 2026

Señor:
PD. NATALIA RUIZ MAHECHA
LÍDER DE CONTRATOS
Supervisor Contrato No. 025-ARC-DISAN-2026
La ciudad

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO No. 025-ARC-DISAN-2026.

Nombre del contratista ERIKA LISBETH ORDOÑEZ RUIZ, 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 dieciséis (16) al treinta y uno (31) de enero de 2026, en cumplimiento a lo establecido en la cláusula quinta del CONTRATO No. 025-ARC-DISAN-2026 del 16 de enero de 2026, cuyo objeto contractual es: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TÉCNICO ADMINISTRATIVO PARA LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN QUE ADELANTE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, 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.	Apoyar y adelantar las actividades correspondientes a las etapas precontractual, contractual y pos contractual que requiera el área de contratos.	Apoyé las actividades correspondientes a las etapas precontractual, de la sección de contratos, en la elaboración de estudios y minutas para la contratación directa.
2.	Apoyar en las respuestas de los plazos requeridos al área de contratos por los diferentes entes de control, así como recopilar y revisar los datos e información pertinentes para presentar los informes y estadísticas solicitadas por las diferentes entidades.	No se asignó actividad para este periodo
3.	Apoyar la orientación y capacitación del manejo de la ejecución contractual a los supervisores en relación con el manejo plataforma de SECOP II en el tema de ejecución.	Apoyé en la orientación y creación de usuarios en la plataforma de SECOP II al personal que requirió.
4.	Entregar la documentación generada en los contratos, de conformidad a la Ley 594 de 2000 "por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones".	Entregue la documentación generada en los contratos de la sección, en la elaboración de estudios y minutas para la contratación directa.

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. **6000907596** correspondiente al mes de enero de 2026.

INFORMACIÓN DE NOVEDADES AL SUPERVISOR: Ninguna o incluir aspectos que impidan o paralicen el cumplimiento del contrato.

SOLICITUD DE PAGO DEL CONTRATO No. 025-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	28/01/2026	DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($2.500.000)	Servicios prestados desde el 16 al 31 de enero de 2026, en desarrollo del contrato No. 025-ARC-DISAN-2026	SIMPLIFICADO	1098691910-9

Para efecto del pago, agradezco desembolsar en la cuenta Ahorros (x) No. 0550048500050967 del banco Davivienda.

Atentamente,

Erika Lisbeth Ordoñez Ruiz
1.098.691.910 de Bucaramanga
No. de contrato **025-ARC-DISAN-2026**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1098691910
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ERIKA LISBETH ORDONEZ RUIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 16 5 B	TELÉFONO:	6999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6000907596**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/01/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2099357226		

NOVEDADES

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

Planilla Pagada SOI

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 149.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 149.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 116.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 116.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 4.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 4.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 271.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 271.200**

CC. 1098691910CR 89 A 45 A 33 SUR 0 - 1234

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 31 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
ORDOÑEZ RUIZ ERIKA LISBETH	1098691910	C	Jul-31-2021	96	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	1098691910	Dependiente	CERRADO
ERIKA LISBETH ORDONEZ RUIZ	1098691910	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
ERIKA LISBETH ORDONEZ RUIZ	1098691910	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
ERIKA LISBETH ORDONEZ RUIZ	1098691910	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
ERIKA LISBETH ORDONEZ RUIZ	1098691910	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
ETICOS SAS	1098691910	Dependiente	CERRADO
GLOBAL LIFE AMBULANCIAS SAS	1098691910	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva,

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ERIKA LISBETH ORDONEZ RUIZ identificado(a) con C.C No. 1.098.691.910, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 27 de marzo del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ERIKA LISBETH ORDOÑEZ RUIZ identificado con CC. 1098691910 registra la siguiente información en el ramo 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	2026/01/15	**Fecha inicio contrato**	2026/01/15
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 28 días del mes de enero del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC28012026E1098691910O4374423.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

RIONEGRO, **08/01/2026**
SANTANDER,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ERIKA LISBETH ORDONEZ RUIZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1098691910**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550048500050967**
Fecha de apertura	**27/08/2014**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, Erika Lisbeth Ordoñez Ruiz, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.098.691.910, 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
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

1.1. Declaro que mi cónyuge, _____ identificado (a) con la C.C. No. _____ 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

- **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

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

SI ___ NO

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

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.			
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 01 días del mes de enero de 2026.

Atentamente,

Erika Lisbeth Ordoñez Ruiz

C.C. No. 1.098.691.910 de Bucaramanga

FORMATO CERTIFICACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES
–CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE RENTA-

Bogotá D.C., **28 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, Erika Lisebth Ordoñez Ruiz identificado(a) con cédula de ciudadanía No 1.098.691.910 de la ciudad de **Bucaramanga,** 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 do 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., a los 28 día del mes de **enero** del año 2026.

Atentamente,

Erika Lisbeth Ordoñez Ruiz
CC. 1.098.691.910 de Bucaramanga