	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, 20-02-2026

Señor:
S1. Carlos Alberto Gualdron
Almacenista general DISAN ARC.
Supervisor Contrato No. 029-ARC-DISAN-2026
Bogotá D.C

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO No.029-ARC-DISAN-2026.

Nombre del contratista Andres Felipe Camargo Martinez, 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 diecisiete (17) al veintiocho (28) de febrero de 2026, en cumplimiento a lo establecido en la cláusula quinta del CONTRATO No. 029-ARC-DISAN-2026 del 17 de febrero de 2026, cuyo objeto contractual es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EL ÁREA LOGÍSTICA – ALMACEN GENERAL DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL, las cuales relaciono a continuación:

INFORME DE ACTIVIDADES No. 003

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EJECUTADAS CONFORME AL PERIODO

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES REALIZADAS
1.	**Realizar la verificación de estado de conservación de materiales e insumos a bordo del almacén de la DISAN, verificando aspectos como vencimiento, estado, inventario y semaforización.**	**Verificación documentación para almacén año 2023**
2.	**Diariamente apoyar a la organización y presentación de la bodega y el almacén a cargo del área logística de la DISAN.**	Capacitación gestión documental con la s2 Bermudez
3.	**Apoyar Quincenalmente la verificación de los inventarios de materiales y stocks en sistema y realizar los reportes vía email a los diferentes almacenes dependientes del almacén general de la DISAN**	Organización stock Almacen
4.	**Verificar y gestionar Mensualmente la documentación del área logística y almacén cumpliendo con la normativa de archivo vigente**	Levantamiento inventario bodega
5.	**Apoyar las actividades de verificación de pedidos de almacén, recepción, entrega y entradas en uso del sistema logístico utilizado para ello.**	Alistamiento pedidos almacén a las áreas solicitantes (medicina laboral - sistemas de gestión - archivo general)
6.	**Apoyar en la verificación de pedidos, requerimientos, trasferencias y entregas de material a las áreas y unidades solicitantes.**	**Se despachó pedidos a las áreas:** **Financiera** **Sig** **Jurídica**
7.	**Participar en la verificación de parámetros de evaluación del proceso de cadena de suministro y el sostenimiento del Sistema de Gestión de Calidad de DISAN y demás sistemas vigentes, cumpliendo con lo establecido en cada uno de los procedimientos del proceso, verificando el cumplimiento de las responsabilidades de cada uno de los Establecimientos a través de los**	**En este mes no se programó actividad**

	formatos implementados para su seguimiento y control.	
8.	Apoyar en la generación de documentos de gestión e informativos del área logística, almacén y en general del proceso de cadena de suministro.	En este mes no se programó actividad

ACREDITACIÓN DEL PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: Cumpliendo con lo dispuesto en el contrato, anexo los certificados (salud, pensión y ARL)

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

SOLICITUD DE PAGO DEL CONTRATO No.029-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. 003	20/02/2026	Ochocientos treinta y dos mil pesos moneda corriente MCTE ($832..000,00).	Servicios prestados desde el 17 al 28 de febrero de 2026, en desarrollo del contrato No. 029-ARC-DISAN-2026	SIMPLIFICADO	1096194745-0

Para efecto del pago, agradezco desembolsar en la cuenta Ahorros (x) No. 30697838291 de Bancolombia
Atentamente,

Andres C
Andres Felipe Camargo Martinez
CC. 1.096.194.745
No. 029-ARC-DISAN-2026

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 1096194745
Nombres:	ANDRES FELIPE CAMARGO MARTINEZ
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2015-05-22
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	SANTANDER BARRANCABERMEJA

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	INTEGRAR SOLUCIONES EN SALUD IPS SAS
IPS Atención	CLINICA PRIMERO DE MAYO INTEGRAL S.A.S

VIGILADO Supersalud

OBSERVACIONES:
ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.
La anterior certifcación se expide y firma el 2026-02-20 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2026-03-22

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDRES FELIPE CAMARGO MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.194.745**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 20 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANDRES FELIPE CAMARGO MARTINEZ identificado con CC. 1096194745 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	2026/02/16	**Fecha inicio contrato**	2026/02/16
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/10/15
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE EL DESEMPENO DE LAS FUNCIONES
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de febrero 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: **CC20022026A1096194745C10130649.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Certificación Bancaria

Bancolombia

BOGOTA, 20 de Febrero de 2026.

Señor

A quien pueda Interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANDRES FELIPE CAMARGO MARTINEZ identificado(a) con CC No. 1096194745 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura (aaaa/mm/dd)	Estado
CUENTA AHORROS PLAN CERO	30697838291	2026/02/02	A ACTIVA

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

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: En Bogotá (601) 343 0000, Medellín (604) 510 9000, Cali (602) 554 0505, Barranquilla (605) 361 8888, Bucaramanga (607) 697 2525, Cartagena (605) 693 4400, Resto del país 018000912345.
Sede principal Carrera 48 # 26-85 Torre Norte. Medellín – Colombia

FORMATO CERTIFICACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES
–CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE RENTA-

Bogotá D.C., 20 **DE FEBRERO 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, ANDRES FELIPE CAMARGO MARTINEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía No 1.096.194.745 de la ciudad de Barrancabermeja, 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 20 día del mes de febrero del año 2026.

Atentamente,

FIRMA Andres C

Nombre: **ANDRES FELIPE CAMARGO MARTINEZ**

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, ANDRES FELIPE CAMARGO MARTINEZ identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.096.194.745 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 _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.			
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 20 días del mes de febrero de 2026.

Atentamente,

Andres C

Firma del Contratista

C.C. No. 1096 194 745