SIIF Nación

Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante

Usuario Solicitante:	MHkrosania	KATTY DE JESUS ROSANIA CASTRO
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-11-095	DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II
Fecha y Hora Sistema:	2026-02-10-3:08 p. m.	

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	21772226	**Fecha Registro:**	2026-02-03	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA		
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Pagada	**Nro Obligación:**	2726	**Comprobante Contable de la Generación:**	
Fecha Máxima Pago:	2026-02-06	**Código de Referencia:**	04500739800021772226	**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Bruto:	6.188.000,00	**Valor Deducciones:**	77.350,00	**Valor Neto:**	6.110.650,00	**Saldo x Pagar:**	0,00

VALORES PAGADOS

TRM Pago		**Valor Bruto**	6.188.000,00	Valor Deducciones	77.350,00	Valor Neto	6.110.650,00	Moneda Base Compra		**Valor MBC**

REINTEGROS

Números				**No Recaudo:**	
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	**Reintegrado Deducciones Pesos:**	0,00	**Reintegrado Neto Pesos:**	0,00
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	**Reintegrado Deducciones Moneda:**	0,00	**Reintegrado Neto Moneda:**	0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

Identificación:	22703873	**Razón Social:**	RUBY ELENA COLL LOGREIRA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	0550027000011091	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

TESORERIA	**DOCUMENTO SOPORTE**					
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN	**Número:**	2726	**Tipo:**	Obligación Presupuestal	**Fecha:**	2026-02-03

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS

DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA / A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES												
	Nación	16	SSF	6.188.000,00	0,00	6.188.000,00				Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES		TERCERO		TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR REINTEGRADO
2-01-05-01-97	RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	860525148	FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.	1,250 %	77.350,00	77.350,00	

LINEAS DE PAGO VINCULADA

DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
15-01-11-095 - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA	4-2 - ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-02-02	6.188.000,00	05 NINGUNO	Pagada

Katty Rosania Coll.

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

	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

PAGOS DE CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS		
CONTRATISTA: RUBY ELENA COLL LOGREIRA	No. CTO:007-ARC-DISAN-DMBAQ-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	X
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE DE SOLICITUD DE PAGO	X
5	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	X
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Verificar por parte del Supervisor del contrato en SISPRO)	X
	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	PÓLIZA DE GARANTÍA	
12	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
13	COPIA DEL CONTRATO	
14	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	

OBSERVACIONES:

S3 VALERO PRADA MANUEL — FIRMA SUPERVISOR

CPS CAROLINA PAJARO ARIZA — FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

CPS KATTY ROSANIA — FIRMA AREA DE CONTABILIDAD

SIIF Nación

Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante:	MHkvmunoz	KATHERIN VERONICA MUNOZ PABON
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-11-095	DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA
Fecha y Hora Sistema:	2026-02-02-4:37 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

Numero:	2726	**Fecha Registro:**	2026-02-02	**Unidad / Subunidad ejecutora:**			15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA		
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generada	**Requiere DIP:**		No	**Tipo de DIP:**	**Nro. Compromiso:**	1726
Valor Inicial:	6.188.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00	**Valor Actual:**	6.188.000,00	**Saldo x Ordenar:**	6.188.000,00		
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda Original:**	0,00	**Valor Actual Moneda Original:**	0,00	**Saldo x Ordenar Moneda Original:**	0,00		
Valor Deducciones:	77.350,00	**Valor Neto:**	6.110.650,00	**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:**	1726		
Valor Deducciones Moneda:	0,00	**Valor Neto Moneda:**	0,00	**Atributo Contable:**	05-NINGUNO	**Comprobante Contable:**	35071		

TERCERO

Identificacion:	22703873	**Razon Social:**	RUBY ELENA COLL LOGREIRA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Numero:	05300270000110991	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

CUENTA X PAGAR

Numero:		**Tipo:**	Adquisición de Servicios a Personas NO Declarantes

CAJA MENOR

Identificacion:		**Fecha de Registro:**	

DOCUMENTO SOPORTE

Numero:	CTO NÂ° 007 DMBAQ 2025 VF	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES	**Fecha:**	2026-02-02

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS	Nación	16	SSF	05-NINGUNO					
						Total:	6.188.000,00	0,00	6.188.000,00	6.188.000,00

Objeto:	CTO NÂ° 007 DMBAQ 2025 VF MEDICO ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA PARA EL DMBAQ VF MES DE PAGO ENERO

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA	4-2 ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-02-02	Generada	6.188.000,00

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL

POSICION DEL CATALOGO DE PAGO	IDENTIFICACION	NOMBRE BENEFICIARIO	BASE GRAVABLE	TARIFA	VALOR DEDUCCION	SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR
2-01-05-01-97 RETEICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	NIT 860525148	FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.	6.188.000,00	1,250 %	77.350,00	77.350,00

CONTABILIDAD

ORDENADOR DEL GASTO

ARMADA DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD NAVAL
PROCESO GESTION RECURSOS FINANCIEROS
COMPROBANTE TRAMITE DE PAGO PERSONA NATURAL

VERSION: 6.0	FECHA:29-05-2025	Página 1 de 1

ADQUIRENTE: DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL - NIT 901.433.263 - 7

FECHA DE ELABORACIÓN TRÁMITE	2	FEBRERO	2026
	DIA	MES	AÑO

CONSECUTIVO DOCUMENTO SOPORTE DIAN	AÑO 2026 DIA / MES / AÑO 13/02/2026

DOCUMENTO SOPORTE, EN ADQUISICIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS A SUJETOS NO OBLIGADOS A FACTURAR.
Artículo 1.6.1.4.12 del decreto 1625 de 2016, sustituido por el artículo 1 del decreto 358 de 2020.
Rango de Autorización de Numeración DIAN, mediante formulario No. 18764085323685 del 13 de Diciembre de 2024
Rangos autorizados del 1 al 1000
Vigencia desde (04) de (Abril) de (2025) hasta (03) de (Abril) de (2027)
EL SIGUIENTE COMPROMISO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE LEY

No. CUENTA POR PAGAR SIIF	
No. OBLIGACIÓN SIIF	2726
No. OBLIGACIÓN SAP	

No. ORDEN DE PAGO SIIF NACIÓN	
No. DE PAGO SAP	

☑ OPS PRESTACION SERV TECNICOS O TECNOLOGICOS ☐ OPS PRESTACION SERV PROFES HONORARIOS

PROVEEDOR SUJETO A RETENCIÓN ☑ CON UVT ☐ SIN UVT

Nº CONTRATO:	007-ARC-DISAN-DMBAQ-2025
No. PÓLIZA:	BQ-100095988 Y 2201223900104
Nº CDP:	4225
Nº RP:	4025-1726

CONTRATISTA Y/O BENEFICIARIO:	RUBY ELENA COLL LOGREIRA
C.C.:	22.703.873
ACTIVIDAD ECONOMICA RUT:	8621
BANCO:	BANCO DAVIVIENDA S.A.
No. DE CUENTA BANCARIA:	5,50027E+14
TIPO DE CUENTA:	☑ AHORRO ☐ CORRIENTE
DIRECCION:	BARRANQUILLA
TELEFONO:	3396720
CIUDAD:	BARRANQUILLA

PERIODO FACTURADO	DE:	1/01/2026
	A:	31/01/2026
FECHA INICIO	DE:	17/01/2025
FECHA TERMINO	A:	20/10/2025
INICIO ADICIÓN	DE:	
TERMINO ADICIÓN	A:	15/02/2026

VALOR DEL CONTRATO:	67.592.000,00
VALOR ADICIÓN:	18.632.000,00
VALOR TOTAL CONTRATO:	86.224.000,00
SALDO DEL CONTRATO:	4.420.000,00
EJECUCIÓN CONTRATO	95%

DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA DIRECTIVA DIR2016-036 DE FECHA 25 DE NOVIEMBRE DE 2016 POLITICA Y DISPOSICIONES DE ORDEN FINANCIERO PARA EL PAGO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y REGLAMENTARIAS Y CIRCULAR No. 08533/MDN-CGFM-DGSM-SAF-13 DE FECHA 31 DE MAYO DE 2017 LINEAMIENTOS DE ORDEN FINANCIERO PARA PAGO DE OBLIGACIONES SEGÚN NUMERAL 9.3 PAGO DE CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

HISTORICO DOCUMENTO EQUIVALENTE CONTABLE

NÚMERO TRÁMITE	FECHA	CONCEPTO	VALOR
1	31/01/2025	DERMATOLOGA 17-31 ENERO 2025	$ 3.332.000,00
2	28/02/2025	DERMATOLOGA 01-28 FEBRERO 2025	$ 7.752.000,00
3	31/03/2025	DERMATOLOGA 01-31 MARZO 2025	$ 3.808.000,00
4	30/04/2025	DERMATOLOGA 01-30 ABRIL 2025	$ 6.664.000,00
5	31/05/2025	DERMATOLOGA 01-31 MAYO 2025	$ 7.548.000,00
6	30/06/2025	DERMATOLOGA 01-30 JUNIO 2025	$ 6.188.000,00
7	31/07/2025	DERMATOLOGA 01-31 JULIO 2025	$ 8.568.000,00
8	31/08/2025	DERMATOLOGA 01-31 AGOSTO 2025	$ 7.140.000,00
9	30/09/2025	DERMATOLOGA 01-30 SEPTIEMBRE 2025	$ 6.528.000,00
10	31/10/2025	DERMATOLOGA 01-31 OCTUBRE 2025	$ 6.188.000,00
11	30/11/2025	DERMATOLOGA 01-30 NOVIEMBRE 2025	$ 5.712.000,00
12	31/12/2025	DERMATOLOGA 01-31 DICIEMBRE 2025	$ 6.188.000,00
13	31/01/2026	DERMATOLOGA 01-31 ENERO 2026	$ 6.188.000,00
		TOTAL TRAMITADO	$ 81.804.000,00

PERIODO FACTURADO

FECHA	CONCEPTO	VALOR
31/01/2026	DERMATOLOGA 01-31 ENERO 2026	$ 6.188.000,00

Salario Minimo	$ 1.750.905	Valor UVT	$ 52.374
2 SMLV	$ 3.501.810	Tope IBC	$ 43.772.625
Base pago de FSP	$ 7.003.620	Total Pago	$ 6.110.650

Rango en UVT		TOPES	Tarifa
Desde	Hasta		
0	95	$ -	0%
96	150	$ 5.027.904,00	19%
151	360	$ 7.908.474,00	28%
361	640	$ 18.907.014,00	33%

LIQUIDACIÓN CONTABILIDAD

OBSERVACIONES

☐ HONORARIOS ☐ SERVICIOS TECN

ITEMS			VALOR
Aporte	Tarifa	Valor	
VALOR IBC	SIN IBC	$ -	$ 6.188.000
APORTE A SALUD		12,50%	-
APORTE A PENSION		16,00%	-
APORTE ARL		RIESGO 3	-

REVISADO: TK CARLOS ANDRES LOPEZ TORO - CONTADOR PUBLICO- JEFE FINANCIERO

APORTES DEDUCIBLES		TOPE	APORTADO	TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL	$ -
Depend.10% 32 UVT	SIN DEPENDIENTE	$ 1.675.968,00			-
Int. Vivienda 100 UVT		$ 5.237.400,00			-
Menos 25% Renta Exenta - 790 UVT *año		$ 3.447.955,00			1.547.000
AFC y/o Ahorro 30% - 3800 uvt *año		$ 1.856.400,00			-
Prepagada		$ 837.984,00			-

CONTABILIZADO: TASD. KATHERIN MUÑOZ PABON - AUXILIAR CONTABLE

RETEFUENTE		RETEICA		TOTAL DEDUCIBLES	$ 1.547.000
Base Gravable	$ 6.188.000,00	Municipio	BARRANQUILLA	RETEFUENTE	-
UVT	88,61	Tarifa	12,5	RETEICA	77.350
Base Gravable - Renta Exenta	$ 4.641.000,00	Base Gravable	$ 6.188.000,00	PROESTAMPILLA	-
Valor a cobrar	$ -	Valor a cobrar	$ 77.350	PRO-UNIVERSIDAD	-
PROESTAMPILLA		PROUNIVERSIDAD			
Base Gravable	$ -	Base Gravable	$ -		
Tarifa	0,5%	Tarifa	0,5%	TOTAL DEDUCCIONES	$ 77.350
Valor a cobrar	$ -	Valor a cobrar	$ -	NETO A GIRAR	$ 6.110.650

TESORERIA

TESORERO: CPS. KATTY DE JESUS ROSANIA CASTRO

Este documento debe ser elaborado por el adquiriente, y no es necesario que sea firmado por el prestador del servicio no obligado a facturar a quien se le hizo el pago.
CUALQUIER DUDA O RECLAMO CON REFERENCIA A ESTE PAGO [redacted] RECURSO CONTACTO A LA TESORERIA DE LA DIRECCION DE SANIDAD NAVAL TEL: 3278390 EXT 10467

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL GESTIÓN CONTRACTUAL INFORME PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN (PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN)
	Versión: 1.0 — Fecha :11/02/2022

DATOS DEL INFORME

Fecha de presentación: 31/01/2026	**Nombre del Contratista:** RUBY ELENA COLL LOGREIRA	**No. Contrato:** 007-ARC-DISAN-DMBAQ-2025
Periodo del informe:	**Desde el :** 01/01/2026	**Hasta el:** 31/01/2026

Objeto del contrato: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA PARA EL DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BARRANQUILLA, EN FORMA INDEPENDIENTE Y CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, CON SUS PROPIOS MEDIOS, TODO ELLO DE ACUERDO CON LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN LA OFERTA Y EN EL ESTUDIO PREVIO.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO

Fecha de suscripción	15-01-2025 5:21:20PM		
Fecha de Iniciación- Inicio	17/enero/2025		
Plazo del contrato	catorce(14) meses		
Fecha de Terminación	31 diciembre de 2025		
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	15 de febrero de 2026		
Valor Inicial del contrato	**SESENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS** M/CTE ($67.592.000,00)		
No. CDP y FECHA: 4225 15/enero/2025	**VALOR: $** ($67.592.000,00)	**No. CRP y FECHA:** 4025 17/enero/2025	**VALOR: $** ($67.592.000,00)
Valor total del contrato (incluido valor adición)	**$ 86.224.000,00**		
No. CDP y FECHA: 4225 15/enero/2025	**VALOR: $** ($ 8.024.000.00)	**No. CRP y FECHA:** 4025 17/enero/2025	**VALOR: $** ($ 8.024.000.00)
No. CDP y FECHA: 1825 VF 14/11/2025	**VALOR: $** ($10.608.000.00)	**No. CRP y FECHA:** 1825 VF 14/11/2025	**VALOR: $** ($10.608.000.00)

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

No. De PÓLIZA:		**Aseguradora:**	
Póliza No: BQ-100095988 Póliza No. 2201225001833		Seguros Mundial MAPFRE	
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
CALIDAD	16-01-2025	28-02-2026	$ 6.759.200,00
CALIDAD	16-01-2025	28-02-2026	$ 6.759.200,00
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	01-04-2025	01-04/2026	$ 750.000.000,00

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO (APLICA CUANDO SE MODIFICA EL CONTRATO EN TIEMPO Y VALOR)

No. De PÓLIZA:		**Aseguradora:**	
Póliza No: Póliza No: **BQ-100095988**		**SEGUROS MUNDIAL**	
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
CALIDAD	16-01-2025	28-02-2026	$ 6.759.200,00
CALIDAD	16-01-2025	28-02-2026	$ 6.759.200,00
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	01-04-2025	01-04/2026	$ 750.000.000,00

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL
	GESTIÓN CONTRACTUAL
	INFORME PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN (PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN)
	Versión: 1.0 — Fecha :11/02/2022

	AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	CALIDAD	16/01/2025	30/04/2026	$8.168.800.00
	CUMPLIMIENTO	16/01/2025	30/04/2025	$8.168.800.00
	CALIDAD	16/01/2025	15-06-2026	$8.622.400.00
	CUMPLIMIENTO	16/01/2025	15-06-2026	$8.622.400.00

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO	ADICION EN VALOR Y TIEMPO ADICION Y PRORROGA VIGENCIA FUTURA 2026 Se realizó la reducción de $ 6.052.000.00
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	N/A

ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	$ 86.224.000,00
	Valor total tramitado para pago	$ 81.804.000,00
	Saldo del contrato	$ 4.420.000,00
	Porcentaje de Ejecución:	**94,87**

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No de Planilla de Salud: 9497679534	Entidad: SANITAS Fecha de pago: 08/01/2026 Valor: $ 312.500
No de Planilla de Pensión: 9497679534	Entidad: COLPENSIONES Fecha de pago 08/01/2026 Valor: $ 4000.000
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. 9497679534	Entidad: Positiva Compañía Fecha de pago: 08/01/2026 Valor: $ 60.900

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES

	ARMADA NACIONAL
	DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL
	GESTIÓN CONTRACTUAL
	INFORME PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN
	(PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN)
	Versión: 1.0 / Fecha :11/02/2022

	Cumplimiento de las horas estipuladas en el contrato **007-ARC-DISAN-DMBAQ-2025**	el contratista laboro 91 horas durante los días 01 al 31 de ENERO de 2026.			x		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
	Evidencias del ejercicio medico	Diligenciamiento de las historias clínicas y formulas médicas en el sistema portal salud SIS			X		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO					
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIÓ CON LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS Y DERIVADAS DEL CONTRATO, DENTRO DEL TÉRMINO OTORGADO PARA TAL FIN Y NO HAY LUGAR A LA APLICACIÓN DE MULTAS, INDEMNIZACIONES O INTERESES EN SU CONTRA. 91 HORAS LABORADAS DURANTE EL 01 AL 31 DE ENERO DE 2026.				
	Certifico que el contratista cumplió conforme a los requisitos de Ley con los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexa Comprobante de pago.				
AUTORIZACIÓN DE PAGO	**PERÍODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/01/2026	**HASTA EL**	31/01/2025
	VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO	SEIS MILLONES SEINTO OCHENTA Y OCHO MIL PESOS M/TE.			
	VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO	$ 6.188.000.00			

NOMBRE: S3 VALERO PRADA MANUELALEJANDRO

CARGO: SUPERVISOR CONTRATO 007-ARC-DISAN-DMBAQ-2025

FIRMA

DOCUMENTO SOPORTES	1. **Solicitud de pago** 2. **Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales)** 3. **Informe de supervisión y cumplimiento del Contratista.**

Barranquilla, 31 Enero 2026.

Señora:
S3 VALERO PRADA MANUEL ALEJANDRO
Supervisor Contrato No. 007-ARC-DISAN-2025.
La ciudad.

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO No. 007-ARC-DISAN-DMBAQ-2025.

Yo **RUBY ELENA COLL LOGREIRA** 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 uno (01) de enero al treinta y uno (31) de enero de 2026, en cumplimiento a lo establecido en la cláusula quinta del CONTRATO No. 007-ARC-DISAN-DMBAQ-2025 de fecha 15-01-2025, cuyo objeto contractual es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA PARA EL DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BARRANQUILLA, EN FORMA INDEPENDIENTE Y CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, CON SUS PROPIOS MEDIOS, TODO ELLO DE ACUERDO CON LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN LA OFERTA Y EN EL ESTUDIO PREVIO.. LAS CUALES RELACIONO A CONTINUACIÓN:

INFORME DE ACTIVIDADES No. 013

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EJECUTADAS CONFORME AL PERIODO

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES REALIZADAS
1.	Cumplimiento de las horas estipuladas en el contrato	Atención de pacientes por medio de servicios de consulta externa y cirugia 91 horas
2.	Evidencias del ejercicio medico	Diligenciamiento de las historias clínicas y formulas medicas en el portal salud sis

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. 9497679534 correspondiente al mes de diciembre 2025.

INFORMACIÓN DE NOVEDADES AL SUPERVISOR: Ninguna.

SOLICITUD DE PAGO DEL CONTRATO No. 007-ARC-DISAN-DMBAQ-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. 013	**31/01/2026**	**SEIS MILLONES CIENTO OCHENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE ($6.188.000.00)**	**Servicios prestados desde el 01 al 31 de enero de 2026, en desarrollo del CONTRATO No. 007-ARC-DISAN-DMBAQ-2025.**	**SIMPLIFICADO**	**43.165.838**

Para efecto del pago, agradezco desembolsar en la cuenta Ahorros (x) No. **0550027000011091 del banco DAVIVIENDA**

Atentamente,

RUBY ELENA COLL LOGREIRA
C.C. No. 22.703.878 de Tubara - Atlántico

No. **CONTRATO No. 007-ARC-DISAN-DMBAQ-2025.**

DATOS DEL EMISOR

azón Social	RUBY ELENA COLL LOGREIRA
C	22703873
bligación	NO APLICA
mail	rcologreira@hotmail.com
eléfono	3587292
irección Fiscal	CR 50 82 168 CS 402, BARRANQUILLA, (ATLANTICO, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	DISPENSARIO MEDICO NIVEL II DE BARRANQUILLA
NIT	901540734
Obligación	NO APLICA
Email	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Teléfono	3319576
Dirección	VIA 40 CALLE 58 ESQUINA
Ciudad, Depart.	BARRANQUILLA, ATLANTICO (CO)

°	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
	04	MEDICO DERMATOLOGO	91	LH	$68,000.00		$6,188,000.00	$6,188,000.00

Subtotal	$6,188,000.00
Total a Pagar	$6,188,000.00

15-01-11-095;CONTRATONo.007-ARC-DISAN-DMBAQ-2025;mariana.gonzalez.ja@armada.mil.co#$

dades de medida: LH = hora de trabajo

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

aportes en línea

Resumen General de Pago

S GENERALES DEL APORTANTE

ificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
873		COLL LOGREIRA RUBY ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 50 # 82-168	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3588147	No

S GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
n	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
	2025-12	2067632003	9497679534	N	2026/01/20	2026/01/08	NEQUI	0	$773,400

DACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
dentificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
C	22703873	COLL RUBY	25-14	30	($1,500,000)	($240,000)	EPS005	30	($1,500,000)	($187,500)		0	$0	$0	14-23	30	($1,500,000)	($36,600)	0	$0	$0
C	22703873	COLL RUBY	25-14	30	$4,000,000	$640,000	EPS005	30	$4,000,000	$500,000		0	$0	$0	14-23	30	$4,000,000	$97,500	0	$0	$0
Afiliados(1)					$2,500,000	$400,000			$2,500,000	$312,500			$0	$0			$2,500,000	$60,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

MEN DE PAGO

O	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
DMINISTRADORAS: 1)				1	$400,000	$0	$0	$400,000
PENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$400,000	$0	$0	$400,000
DMINISTRADORAS: 1)				1	$60,900	$0	$0	$60,900
TIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$60,900	$0	$0	$60,900
MINISTRADORAS: 1)				1	$312,500	$0	$0	$312,500
TAS	EPS005	800,251,440	6	1	$312,500	$0	$0	$312,500
				1	$773,400	$0	$0	$773,400