DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: 25/02/2026	Nombre del Contratista: CLAUDIA PATRICIA MARIN BELEÑO				No. Contrato: 034-ARC-DISAN-2026
Periodo del informe: febrero	Desde el: 01/02/2026		Hasta el: 28/02/2026		
Objeto del contrato: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN(A) MÉDICO(A) ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA "					

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO			
Fecha de suscripción	27/01/22026		
Fecha de Iniciación- Inicio	29/01/2026		
Plazo del contrato	Ocho (08) meses.		
Fecha de Terminación	09/30/2026		
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	N/A		
Valor Inicial del contrato	TREINTA NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($ 39.440.000)		
No. CDP y FECHA: 5126 del 09/01/2026	VALOR: $ 39.440.000	No. CRP y FECHA: 6126 del 28/01/2026	VALOR: $ 39.440.000
Valor total del contrato (incluido valor adición)	N/A		
No. CDP y FECHA: N/A	VALOR: N/A	No. CRP y FECHA: N/A	VALOR: N/A

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

No. de Póliza: 560-47-994000197282 Anexo No. 1		Aseguradora: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	
AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
CUMPLIMIENTO	01/02/2026	01/02/2027	$ 3.944.000
CALIDAD DEL SERVICIO	01/02/2026	01/02/2027	$ 3.944.000

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

No. de Póliza Anexo No. 1		Aseguradora:	
AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
N/A	NA	NA	N/A

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO	N/A
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	(No aplica)

ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	Valor total del contrato (Incluida adiciones)	$ 39.440.000
	Valor total tramitado para pago	$ 4.930.000
	Saldo del contrato	$ 34.510.000
	Porcentaje de Ejecución:	(12,5%)

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: Anexo Certificado Afiliación	**Adjunto certificado de Salud**
No. de Planilla de Pensión: Anexo Certificado Afiliación	**Adjunto certificado de Pensión**
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: Anexo Certificado Afiliación	**Adjunto certificado de Afiliación ARL Positiva**

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	AMEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
1	Cumplir con los procedimientos y requisitos establecidos por la Dirección de Sanidad Armada Nacional para el acceso a los servicios por parte de los usuarios, así como todos y cada uno de los requisitos y políticas de atención al usuario y calidad en el servicio exigidos por la Ley y por la DISAN ARC.			x		Se capacito a la Contratista en los procedimientos de calificación de origen y Comité Ocupacional, Orfeo, Manejo uso correo institucional y trámites administrativos.
2	Suministrar oportunamente y con toda la seriedad y veracidad del caso a la DISAN ARC la información que se requiera para la resolución adecuada y oportuna de quejas, requerimientos y acciones judiciales interpuestas por los usuarios por causa o por ocasión del servicio prestado; todo ello dentro de los límites y términos establecidos.			x		Emitió respuesta oportunamente de los derechos de petición recibidos
3	Realizar la elaboración de respuestas a las diferentes peticiones y solicitudes radicadas a la Dirección de Sanidad Armada Nacional para calificación de origen o reclamos de desacuerdo.			x		Elaboro las respuestas de acuerdo a las solicitudes y peticiones allegadas.

4	Digitar la información en las matrices de seguimiento de casos especiales del Comité Ocupacional DIGSA.			**x**		Realizó la actualización de la base de datos del comité ocupacional de acuerdo a los casos tratados
5	Participación en estudios de casos puntuales del área, de acuerdo con las instrucciones que se impartan.			**x**		Analizó casos puntuales presentados durante el mes
6	Entregar expedientes o documentos únicamente a las personas autorizadas por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo o por el Comité de Calificación de Origen del SSFM.					No se requirió en este mes dicha actividad
7	Asistir y presentar los casos de forma activa y presencial al Comité Ocupacional de la Dirección General de Sanidad Militar el segundo miércoles de cada mes todo el día; y de forma extraordinaria cuando sea citado por DIGSA.					No fue asignada dicha actividad
8	Firmar acta de compromiso y reserva de historia clínica entregada por el área de SST y por la Dirección General de Sanidad Militar.			**X**		Diligenció y firmo los documentos
9	Recibir copia de historia clínica de los trabajadores planta DIGSA que laboran en los Dispensarios médicos de la Armada Nacional que presentan alguna patología que interfiere en el desempeño de sus funciones.			**x**		Recibió historia clínica de funcionarios HONAC y DMBAQ
10	Recibir copia de historia clínica de los usuarios activos laboralmente y afiliados al SSFM en calidad de cotizantes que requieran calificación o emisión de conceptos de rehabilitación.			**x**		Recibió historia clínica de usuarios afiliados al SSFM
11	Solicitar a los Dispensarios médicos la información que requiera para la estructuración de cada caso.			**x**		Elaboró documento solicitando información a la DIMAR
12	Estructurar y preparar cada caso en el formato establecido para tal fin.			**x**		Elaborar y preparar la presentación de los casos para el Comité de Calificación de Origen.
13	Analizar cada caso integralmente en coordinación con el área de SST- DISAN ARC.			**x**		Se analizaron los casos en mesa laboral con ARL Positiva

14	Presentar ante el Comité Ocupacional DIGSA cada caso de la DISAN ARC en lo concerniente a los antecedentes médicos, recomendaciones médicas laborales, así como participar en la estructuración de las recomendaciones médico laborales de todos los casos en general que se presenten en dicho comité.			x		Estructuración del caso para presentarse ante comité ocupacional en marzo
15	Revisar cada caso en particular y en los casos con patologías de origen común que no interfieran con la labor desempeñada, emitir las recomendaciones médico laborales.			x		Reviso base de datos casos comité de calificación de origen
16	Realizar seguimiento ocupacional a los diferentes casos de forma trimestral en los formatos establecidos para tal fin de forma presencial en la ciudad de Bogotá y de forma virtual en las demás ciudades.					Esta actividad no fue asignada
17	Asistir y participar de forma activa y presencial al Comité de Calificación de Origen del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares el último jueves de cada mes y de forma extraordinaria cuando sea citado para el cumplimiento de una acción de tutela.			x		Asistió al Comité de Calificación de Origen del mes de febrero
18	Recibir las solicitudes allegadas a la Dirección de Sanidad Armada Nacional en lo referente a calificación de origen o emisión de concepto de rehabilitación de los usuarios afiliados al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en calidad de cotizante activo laboralmente			x		Recibió y dio trámite a los requerimientos solicitados
19	Consultar y verificar de acuerdo a la lista de chequeo los documentos requeridos para cada caso específico.			x		Estructuración detallada por paciente
20	Solicitar y dar respuesta a los usuarios de acuerdo a la solicitud allegada, dando inicio al trámite requerido.			x		Realizó y envío respuesta requerimientos a los usuarios
21	Descargar historia clínica o exámenes complementarios de los usuarios a través de la plataforma de SALUD.SIS o a través del Hospital Militar.			x		Descargo historia clínica de las solicitudes allegadas
22	Estructurar cada caso y presentarlo ante el Comité de Calificación de Origen del SSFFMM.			x		Estructuración de 3 casos para comité de febrero
23	Realizar las respectivas notificaciones de la calificación en primera oportunidad o concepto de rehabilitación a las partes interesadas Empleador, Fondo de Pensiones, Usuario y Administradora de riesgos Laborales.					Actividad no asignada este mes

24	Realizar seguimiento y dar trámite de acuerdo a los requerimientos ante las Juntas de Calificación de Invalidez sea Regional o Nacional, hasta que quede en firme la respectiva calificación.						Actividad no asignada este mes
25	Alimentar y actualizar la base de datos del Comité de Calificación de Origen del SSFFMM en lo que respecta a los usuarios adscritos a los Dispensarios médicos de la Armada Nacional.						Actividad no asignada este mes
26	Realizar informe de forma trimestral sobre el estado de los casos presentados ante el Comité de Calificación, si se encuentran activos, pendiente, en controversia por alguna de las partes interesadas o cerrada.						Actividad no asignada este mes
27	Abrir expediente por cada caso de acuerdo con la tabla de retención documental e inventario documental.						Actividad no asignada este mes
28	Emitir certificado de incapacidades médicas de acuerdo con lo establecido en los lineamientos emitidos por DIGSA.				x		Emitió respuesta sobre radicación de incapacidades solicitadas por Empresa
29	Hacer seguimiento y control a los procedimientos bajo su responsabilidad y planear e implementar planes de mejora para los mismos.				x		Actividad no asignada este mes
30	Si en algún caso puntual se requiera valoración ocupacional debe realizar examen médico ocupacional mediante consulta.				x		Actividad no asignada este mes
31	Desempeñar las demás obligaciones asignadas por la autoridad competente de acuerdo a su nivel, la naturaleza y el área de desempeño de su cargo.				x		Se realizó acompañamiento permanente por la Supervisora del Contrato a las actividades asignadas.

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO						
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	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 anexan Comprobantes de pago.					
AUTORIZACIÓN PAGO	PERIODO A PAGAR	DESDE EL	01//02/2026	HASTA EL	28/02/2026	
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA MIL PESOS MCTE				

	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	$4.930.000.
SUPERVISOR		
NOMBRE: SMSM, GLORIA OSORIO RODRIGUEZ		
CARGO: LÍDER PROCESO SST		FIRMA

DOCUMENTOS SOPORTE	1. **Solicitud de pago.** 2. **Soportes certificados de afiliación a Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales).** 3. **Informe de supervisión y cumplimiento del Contratista.** 4. Copia certificación Bancaria. 5. Copia Pago Plan Complementario de salud (prepagada).