	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL**		
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL		
	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATOS PRESTACIÓN SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		
	Versión 2.0	**Fecha: 20/03/2023**	**Página 1 de 3**

DATOS DEL INFORME

Fecha de presentación: 26/03/2026	**Nombre del Contratista:** ERIKA LISBETH ORDOÑEZ RUIZ	**No. Contrato:** 025-ARC-DISAN-2026
Periodo del informe: MARZO	**Desde el :** 01/03/2026	**Hasta el:** 31/03/2026

Objeto del contrato: "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"

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO

Fecha de suscripción	16/01/2026		
Fecha de Iniciación- Inicio	16/01/2026		
Plazo del contrato	OCHO (08) meses y QUINCE (15) días.		
Fecha de Terminación	30/09/2026		
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	N/A		
Valor Inicial del contrato	**VEINTE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 20.250.000 M/CTE)**		
No. CDP y FECHA:3826 de 09/01/2026	**VALOR:** $ 20.250.000,00 MCTE	**No. CRP y FECHA:** 4926 de 16/01/2026	**VALOR:** $ 20.250.000,00 MCTE
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 Anexo No. 0 560-47-994000196672		**Aseguradora:** Aseguradora Solidaria de Colombia	
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
CUMPLIMIENTO	15/01/2026	01/02/2027	$ 2.025.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	15/01/2026	01/02/2027	$ 2.025.000,00

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

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

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO	N/A	
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	N/A	
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	**$ 20.250.000,00**
	Valor total tramitado para pago	$ 6.750.000,00
	Saldo del contrato	$ 13.500.000,00
	Porcentaje de Ejecución:	33,33%

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: 6008318123	**Entidad:** SALUD TOTAL **Fecha de pago:** 05/03/2026 **Valor:** $ 218.900
No. de Planilla de Pensión: 6008318123	**Entidad:** COLFONDOS **Fecha de pago:** 05/03/2026 **Valor:** $ 280.200
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: 6008318123	**Entidad:** POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. **Fecha de pago:** 05/03/2026 **Valor:** $ 9.200

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
1	Apoyar y adelantar las actividades correspondientes a las etapas precontractual, contractual y pos contractual que requiera el área de contratos.			x		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
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.			x		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
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".			x		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO	
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	**El Supervisor certifica que las actividades asignadas al contratista, fueron ejecutadas a satisfacción y de conformidad con lo estipulado en el contrato.**

	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	01/03/2026	HASTA EL	31/03/2026
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	$ 2.250.000,00 M/CTE			

SUPERVISOR – DEPENDENCIA	
NOMBRE: NATALIA RUIZ MAHECHA	
CARGO: LÍDER DE CONTRATOS	FIRMA

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