	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÒN 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: 28/04/2026	**Nombre del Contratista:** MARGARITA MARIA SOTELO GRAJALES		**No. Contrato:** 003-ARC-DISAN-2026
Periodo del informe:	**Desde el :** 1 ABRIL DE 2026	**Hasta el:** 30 DE ABRIL DE 2026	
Objeto del contrato: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL PARA APOYAR 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	08 DE ENERO DE 2026		
Fecha de Iniciación- Inicio	09 ENERO DE 2026		
Plazo del contrato	9 MESES		
Fecha de Terminación	30 DE SEPTIEMBRE DE 2026		
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	N/A		
Valor Inicial del contrato	TREINTA MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($30.150.000 M/CTE)		
No. CDP y FECHA: : 3426 DEL 07 DE ENERO DE 2026	**VALOR:** 30.150.000	**No. CRP y FECHA:** 3126 del 09 de enero de 2026	**VALOR:** $30.150.000
Valor total del contrato (incluido valor adición)	N/A		
No. CDP y FECHA	**VALOR: N/A**	**No. CRP y FECHA: N/A**	**VALOR: N/A**

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

No. de Póliza CBC 100073307 Anexo No. 0		**Aseguradora: SEGUROS MUNDIAL**	
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
CUMPLIMIENTO	08-01-2026	30-01-2027	$3.015.000
CALIDAD	08-01-2026	30-01-2027	$3.015.000

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

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

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO	NA
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	NA

ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

Valor total del contrato (Incluida adiciones)	$ 30.150.000,00
Valor total tramitado para pago	$ 13.400.000,00
Saldo del contrato	$ 16.750.000.00

Porcentaje de Ejecución:	% 44,44

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. de Planilla de Salud: 84550456 - ABRIL	Entidad: SANITAS Fecha de pago: 26- 04-2026 Valor: $ 350.000
No. de Planilla de Pensión: 84550456 - ABRIL	Entidad: COLPENSIONES Fecha de pago: 26-04-2026 Valor: $ 448.000
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: 84550456 -ABRIL	Entidad: ARL SURA Fecha de pago: 26-04-2026 Valor: $ 14.700

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN (Registrar cada una de las obligaciones específicas contratadas)	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES (Registrar en esta columna las observaciones realizadas a la actividad)
1	Apoyar y adelantar las actividades correspondientes a las etapas pre-contractual, contractual y pos contractual que requiera el área de contratos, tales como: -Etapa precontractual: (Revisión estudios previos; proyección invitación, y/o solicitud de oferta y/ proyecto de pliegos de acuerdo a la modalidad de contratación y Creación del proceso en secop II y tienda virtual del estado colombiano. - Etapa contractual; Proyección minuta y contrato en secop II, revisión de documentos para perfeccionamiento del contrato, notificación de los supervisores, revisión y seguimiento ejecución contractual. -Etapa postcontractual: Revisión actas de liquidación.			X		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
2	Apoyar la orientación y capacitación del manejo de la ejecución contractual a los supervisores que le sean asignados en relación con el manejo plataforma Secop 2 en el tema de ejecución y aplicativo de la facturación electrónica.			X		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
3	Proyectar Resoluciones para la designación de gerentes, comités evaluadores y estructuradores y supervisores.			X		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.

4	Las demás que le sean asignadas de acuerdo con el objeto contratado.			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 anexa Comprobante de Pago.				
AUTORIZACIÓN PAGO	**PERIODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/04/2026	**HASTA EL**	30/04/2026
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en Letras)	TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en números)	$3.350.000 M/CTE			

SUPERVISOR – DEPENDENCIA	
NOMBRE: PD. JULIETH NATALIA MAHECHA RUIZ	
CARGO: Líder Área de contratos DISAN	**FIRMA**

DOCUMENTOS SOPORTES	1. **Informe De Actividades Contratistas Y Solicitud De Pago Contratos Prestación De Servicios Y De Apoyo A La Gestión.** 2. **Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales).**