

CONTRATOS DE SERVICIOS MÉDICOS		
No. CTO:		VERIFICACIÓN SISEM (Marque con una X)
ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS *FIRMA O SELLO DEL EMISOR*	
2	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
3	FORMATO *TRAMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO*	
4	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
5	INFORME DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	
6	SOportes DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO		SISECP (Marque con una X)
7	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
8	REPORTE SIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
9	APROBACIÓN DE GARANTIA UNICA	
10	POLIZA DE GARANTIA	
11	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
12	COPIA DEL CONTRATO	
13	REGISTRO UNICO TRIBUTARIO	
14	ORDEN DE PAGO (FIRMADA POR TESORERO Y ORDENADOR DEL GASTO)	

OBSERVACIONES:

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS _____ FIRMA SUPERVISOR

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA _____ FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE _____ FIRMA AREA DE CONTABILIDAD

CONTRATOS DE PROVEEDORES (BIENES Y SERVICIOS)		
No. CTO:		VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO *TRAMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO*	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS *FIRMA O SELLO DEL EMISOR*	
5	ENTRADA DE BIENES DEL ALMACEN	
DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO		SISECP (Marque con una X)
6	SOportes DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
7	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
8	REPORTE SIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
9	APROBACIÓN DE GARANTIA UNICA	
10	POLIZA DE GARANTIA	
11	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
12	COPIA DEL CONTRATO	
13	REGISTRO UNICO TRIBUTARIO	

OBSERVACIONES:

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS _____ FIRMA SUPERVISOR

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA _____ FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE _____ FIRMA AREA DE CONTABILIDAD

PAGOS DE CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS		
No. CTO: 036-ARC-DISAN-DMBOG-2026		VERIFICACIÓN FÍSICA O SISECP (Marque con una X)
ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA O SISECP (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO *TRAMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO*	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE DE SOLICITUD DE PAGO	
5	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	
6	SOportes DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Verificar por parte del Supervisor del contrato en SISPRO)	
DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO		SISECP (Marque con una X)
7	ORCO CERTIFICACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE RENTA	
8	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
9	REPORTE SIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
10	APROBACIÓN DE GARANTIA UNICA	
11	POLIZA DE GARANTIA	
12	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
13	COPIA DEL CONTRATO	
14	REGISTRO UNICO TRIBUTARIO	
15	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENSION Y ARL)	
16	DECLARACIÓN JURAMENTADA Y SOportes	

OBSERVACIONES:

S1 GONZALEZ JARAMILLO MARIANA DEL PILAR _____ FIRMA SUPERVISOR

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS _____ FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA _____ FIRMA AREA DE CONTABILIDAD

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE _____ FIRMA AREA DE CONTABILIDAD

PAGOS RESOLUCIÓN SERVICIOS MEDICOS - ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO - CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS - ENTIDADES ASEGURADORAS.		
No. FACTURA:		VERIFICACIÓN SISEM (Marque con una X)
ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS *FIRMA O SELLO DEL EMISOR*	
2	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
3	FORMATO *TRAMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO*	
4	RESOLUCIÓN DE ORDENAMIENTO DE PAGO	
5	INFORME DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS PARA EL CASO DE SERVICIOS MEDICOS	
DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO		SISECP (Marque con una X)
6	REPORTE SIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
7	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
8	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS _____ FIRMA SUPERVISOR

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA _____ FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE _____ FIRMA AREA DE CONTABILIDAD

PAGO VIÁTICOS		
FUNCIONARIO:		No. CEDULA:
No. RESOLUCIÓN:		
ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	RESOLUCIÓN POR LA CUAL SE DESTINA LA COMISIÓN PERSONAL CIVIL	
4	RESOLUCIÓN DE ORDENAMIENTO DE PAGO	
5	CUMPLIDO DE COMISIÓN	
6	FORMATO LIQUIDACIÓN VIÁTICOS	
7	REPORTE SIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
8	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMAO	
9	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA _____ FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE _____ FIRMA AREA DE CONTABILIDAD

PAGO SERVICIOS PUBLICOS		
ENTIDAD:		No. FACTURA:
ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMAO	
4	PLANILLA RESUMEN RELACION DETALLADA DE SERVICIOS DE ENERGÍA O LÍNEAS DE SERVICIOS DE TELEFONOS DE LA DISAN O ISM	
5	FACTURA SERVICIOS PUBLICOS	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA _____ FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE _____ FIRMA AREA DE CONTABILIDAD

DOCUMENTO CONTROLADO SGC DISAN



ARMADA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD NAVAL

GESTION CONTRACTUAL

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL

Versión: 3.0

Fecha :25-06-2013

Acta N° 004 Correspondiente al mes de abril 2026

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	30 Abril 2026
Contrato, Orden o convenio N°	036-ARC-DISAN-DMBOG-2026
Contratista	DANIEL ANTURI PEÑA
Identificación (Cedula o Nit)	80.214.275 de Bogotá
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DENTRO DE LA SECCIÓN DE SALUD PARA EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, PARA ÁREAS ASISTENCIALES, CON TOTAL AUTONOMÍA ADMINISTRATIVA, TÉCNICA Y FINANCIERA.
Valor Total del Contrato	VEINTE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 20.800.000.00 M/CTE)
Plazo de Ejecución	UNA VEZ CUMPLIDOS LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO HASTA EL 31 OCTUBRE DE 2026 Y/O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO, LO QUE SUCEDA PRIMERO.
Forma y Condiciones de Pago	FORMA DE PAGO MENSUAL DE ACUERDO A CLAUSULA CUARTA DEL CONTRATO 036-ARC-DISAN-DMBOG-2026.
Número de la factura	04
Valor de la Factura	\$ 2.236.000.00
Saldo del contrato	\$ 13.390.000.00 35.63 % EJECUTADO
No CDP	6826 del 16/01/2026
No RP	7426 del 24/01/2026


CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	MARCA	ORDEN PEDIDO N°	VALOR
ESM					
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato No. _____, manifiesta que el contratista _____, cumplió con las obligaciones adquiridas y derivadas del contrato, y dentro del término otorgado para tal fin, por lo cual me permito declarar que no hay lugar a la aplicación de multas, indemnizaciones o intereses en su contra.				

CARACTERISTICAS DE LA OBRA O SERVICIO RECIBIDO

Descripción	Prestación de servicios como auxiliar de enfermería dentro de la sección de la salud del DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA para áreas asistenciales, Orden de pago 004.
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato No. <u>036-ARC-DISAN-DMBOG-2026</u> , manifiesta que el contratista <u>DANIEL ANTURI PEÑA</u> , cumplió con las obligaciones adquiridas y derivadas del contrato, y dentro del término otorgado para tal fin, por lo cual me permito declarar que no hay lugar a la aplicación de multas, indemnizaciones o intereses en su contra. Total de horas laboradas por el contratista durante el mes de Abril 2026 fueron 172 Horas cumpliendo al 100%

Certificado de Cumplimiento Aportes Parafiscales firmado por el Representante Legal o Revisor Fiscal del mes de marzo de 2026.


S1 GONZALEZ JARAMILLO MARIANA DEL PILAR
CC. 40.332.062



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 4

DATOS DEL INFORME

Fecha de presentación: 30 Abril 2026	Nombre del Contratista: DANIEL ANTURI PEÑA	No. Contrato: 036-ARC-DISAN-DMBOG-2026
Periodo del informe:	Desde el : 01 ABRIL 2026	Hasta el: 30 ABRIL 2026
Objeto del contrato: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DENTRO DE LA SECCIÓN DE SALUD PARA EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, PARA ÁREAS ASISTENCIALES, CON TOTAL AUTONOMÍA ADMINISTRATIVA, TÉCNICA Y FINANCIERA."		

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO

Fecha de suscripción	20 ENERO 2026		
Fecha de Iniciación- Inicio	24 ENERO 2026		
Plazo del contrato	(10) DIEZ MESES		
Fecha de Terminación	31 DE OCTUBRE 2026		
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)			
Valor Inicial del contrato	VEINTE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (M/CTE) \$ 20.800.000.00		
No. CDP y FECHA: 6826 16/01/2026	VALOR: \$ 20.800.000.00	No. CRP y FECHA: 7426 24/01/2026	VALOR: \$ 20.800.000.00
Valor total del contrato (incluido valor adición)			
No. CDP y FECHA:	VALOR:	No. CRP y FECHA:	VALOR:
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	No. de Póliza 11-03-101028202 Anexo No. 0		Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A
	AMPAROS	VIGENCIA	VALOR ASEGURADO
	RESPONSABILIDAD CIVIL	23/01/2026 31/10/2026	\$175.090.500.00
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO (APLICA CUANDO SE MODIFICA EL CONTRATO EN TIEMPO Y VALOR)	No. de Póliza Anexo No.		Aseguradora:
	AMPAROS	VIGENCIA	VALOR ASEGURADO
MODIFICATORIOS DEL CONTRATO			
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	(Si aplica)		
STADO FINANCIERO DEL CONTRATO	Valor total del contrato (Incluida adiciones)	\$ 20.800.000.00	
	Valor total tramitado para pago	\$ 7.410.000.00	
	Saldo del contrato	\$ 13.390.000.00	
	Porcentaje de Ejecución:	35.63%	



REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN



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 2 de 4

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL						
No. de Planilla de Salud: 8369798081		Entidad: EPS SURA Fecha de pago: 25/03/2026 Valor: \$218.900.00				
No. de Planilla de Pensión: 8369798081		Entidad: PROTECCION Fecha de pago: 25/03/2026 Valor: \$280.200.00				
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: 8369798081		Entidad: ARL SURA Fecha de pago: 25/03/2026 Valor: \$42.700.00				
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.	Participar en el desarrollo de las actividades intramural y extramurales programadas desde atención primaria para la promoción y prevención en salud para los usuarios del subsistema.			x		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
2.	Realizar el proceso de gestión documental de las diferentes áreas del DMBOG.			x		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
3.	Asistir y participar en las actividades que se programen en beneficio del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, cuya finalidad sea ampliar y mejorar el servicio de salud.			x		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
4.	Ejecutar actividades asistenciales de enfermería, incluyendo la realización de turnos cuando le sean asignados, en áreas tales como; consulta externa, consulta prioritaria, salas de cirugía, unidad de gastroenterología u otras áreas asistenciales, así como en cualquier otro servicio donde, por necesidades del servicio, sea requerido por el DMBOG.			x		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
5.	Alistar los consultorios y/o áreas de atención, preparación de equipos, insumos papelería y demás elementos necesario			x		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
6.	Realizar limpieza de consultorios rutinaria y terminal, equipos médicos que así lo requieran en el área asistencial asignada dejando registro en los formatos establecidos por el sistema de calidad.			x		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
7.	Realizar las actividades acorde necesidad del servicio dictaminadas por el DMBOG y que estén abarcadas dentro de la titulación de auxiliar de enfermería.			x		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual



REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN



**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 3 de 4

8.	Realizar traslados de pacientes en ambulancia básica (TAB) y ambulancia medicalizada (TAM) según necesidades y requerimiento del DMBOG, dentro del tiempo estipulado y normativa vigente para el cumplimiento del traslado.				No se requirió para traslados de pacientes en ambulancia durante el periodo del mes de ABRIL/2026.
9.	Realizar inventario de insumos médico quirúrgico de manera semanal y mensual, así como su debida semaforización de las bodegas y de cada consultorio			x	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
10.	Realizar pedido de insumos médicos quirúrgico los 5 primeros días de cada mes con el fin que los consultorios estén dotados y listos para la atención.			x	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
11.	Realizar inventario, custodiar y responder por los equipos biomédicos bienes y mobiliario, velar por el buen funcionamiento, mantenimiento y buen uso de los mismo.			x	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
12.	Dar cumplimiento a las órdenes médicas en lo relacionado a procedimientos de enfermería, asistencia a personal médico y administración de medicamentos acuerdo a protocolos y guías de manejo.			x	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
13.	Dar cumplimiento a la resolución 1995 del 1999			x	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
14.	Con relación a las garantías presentadas y en caso de que algunas de las mismas lleguen a su vencimiento, el contratista tiene la obligación de renovarla de manera inmediata, en caso tal de que queden unos días descubiertos, estos días se descontaran por tanto se entiende que no existió ejecución.			x	El contratista en este periodo se encuentra con las garantías vigentes

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

las actividades asignadas al contratista, fueron ejecutadas a satisfacción y de conformidad con lo estipulado en el contrato, "El pago de los aportes al sistema de seguridad social integral fue verificado en la página RUAF".
 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 pago seguridad social mes de marzo 2026. ✓

AUTORIZACIÓN PAGO

PERIODO A PAGAR	DESDE EL	01/04/2026 ✓	HASTA EL	30/04/2026 ✓
VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en Letras)	DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE. ✓			
VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en números)	\$ 2.236.000.00 ✓			

SUPERVISOR – DEPENDENCIA

NOMBRE: S1 GONZALEZ JARAMILLO MARIANA DEL PILAR

CARGO: COORDINADOR CONSULTA EXTERNA

FIRMA





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 4 de 4

DOCUMENTOS SOPORTES

1. Solicitud de pago.
2. Soporte de Pago Seguridad Social (Salud, Pensión y Riesgos Profesionales).
3. Informe de supervisión y cumplimiento del Contratista.
4. Acta de recibido a satisfacción.



REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN