DA 960C6

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÒN DE SANIDAD NAVAL		
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL		
	INFORME DE SUPERVISIÓN PRESTACIÓN SERVICIOS PERSONA NATURAL		
	Versión 1.0	**Fecha: 15/02/2022**	**Página 1 de 3**

DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: 28 de marzo 2026	**Nombre del Contratista:** KATHLY YEGLENY DUARTE ALTAHONA				**No. Contrato** 028-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026
Periodo del informe:	**Desde el** 01 de marzo 2026		**Hasta el:** 31 de marzo 2026		
Objeto del contrato: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO GESTORA DE CUENTAS MÉDICAS Y PROCESOS DE FACTURACIÓN PROVENIENTES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD DE LA REGIONAL PACÍFICO"					
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO					
Fecha de suscripción	01 DE FEBRERO DE 2026				
Fecha de Iniciación- Inicio	02 DE FEBRERO DE 2026				
Plazo del contrato	(10) DIEZ MESES				
Fecha de Terminación	HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2026				
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	30 DE NOVIEMBRE DE 2026				
Valor Inicial del contrato	TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($35.000.000)				
No. CDP y FECHA: 7826 de fecha 22 de enero de 2026	**VALOR: $** 35.000.000,00		**No. CRP y FECHA:** 4126 del 26/01/2026		**VALOR: $** 35.000.000,00
Valor total del contrato (incluido valor adición)	**$** 35.000.000,00				
No. CDP y FECHA:	**VALOR:**		**No. CRP y FECHA: :**		**VALOR:**
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza Anexo No. CMZ 14-46-10116425**		**Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO**		
	AMPAROS	**VIGE NCIA**			**VALOR ASEGURADO**
	CUMPLIMIENTO	23/01/2026	31/03/2027		$ 3.500.000.00
	CALIDAD DEL SERVICIO	23/01/2026	31/03/2027		$ 3.500.000.00
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza Anexo No. 1**		**Aseguradora:**		
	AMPAROS	**VIGE NCIA**			**VALOR ASEGURADO**
MODIFICATORIOS DEL CONTRATO					
TERMINACIÓN ANTICIPADA:					
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	$ 35.000.000,00			
	Valor total tramitado a pagaduría	$ 7.000.000,00			
	Saldo del contrato	$ 28.000.000,00			

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: 9500058235	Entidad: SANITAS Fecha de pago: 16/03/2026 Valor: $ 220.400
No. de Planilla de Pensión: 9500058235	Entidad: PORVENIR Fecha de pago: 16/03/2026 Valor: $ 282.100
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. 9500058235	Entidad: POSITIVA Fecha de pago: 16/03/2026 Valor: $ 9.300

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
1	Verificar la validación de derechos del servicio que ya fue autorizado, en las páginas de SALUD.SIS y FOSIGA dejando evidencia física de las multi-afiliaciones o novedades de inactivación detectadas; de ser necesario la comprobación seguirá las misma rutas indicadas a los E.S.M.	Se verificó informe de actividades para ser entregado y evaluar el cumplimiento de las actividades desarrolladas conforme el objeto contractual				x	El contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones del contrato
2	Validación de derechos, autorizados por medio de la orden de servicio, en el Sistema de Información en Salud para las Fuerzas Militares (SALUD.SIS) estos deben corresponder a facturación de servicios prestados a usuarios adscritos en modo INACTIVO y que tengan cobertura de acuerdo a la unidad de atención y a la Fuerza. En caso que se presente novedad, se debe imprimir el soporte (pantallazo), registrando en la columna de observaciones del SALUD.SIS y elabora un registro magnético.	Se verificó informe de actividades para ser entregado y evaluar el cumplimiento de las actividades desarrolladas conforme el objeto contractual				x	El contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones del contrato
3	Verificar que los servicio prestados se estén facturando dentro de la anualidad vigente con cargo a los saldos presupuestales de los contratos o convenios; esto define el medio de pago	Se verificó informe de actividades para ser entregado y evaluar el cumplimiento de las actividades desarrolladas conforme el objeto contractual				X	El contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones del contrato

4	En forma paralela a la radicación se verifica la existencia física de la totalidad de facturas y los valores relacionados en la Matriz de trazabilidad, el cual debe coincidir con la relación física que anexa la I.P.S. y la relación aportada en los RIPS.	Se verificó informe de actividades para ser entregado y evaluar el cumplimiento de las actividades desarrolladas conforme el objeto contractual				X	El contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones del contrato
5	Cumplir a cabalidad todos los diversos plazos mensuales propios de la oficina de cuentas medicas de la REPAC	Se verificó informe de actividades para ser entregado y evaluar el cumplimiento de las actividades desarrolladas conforme el objeto contractual				x	El contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones del contrato

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.				
AUTORIZACIÒN PAGO	**PERIODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/03/2026	**HASTA EL**	31/03/2026
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	$ 3.500.000.00			

SUPERVISOR – DEPENDENCIA (CONTRATOS-DMBHM)	
NOMBRE: SJ MORENO TORRES MARTHAYOLIMA	
CARGO: SUPERVISOR	**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.**