DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: 19/06/2026	**Nombre del Contratista:** MARIA FERNANDA MARTINEZ FLOREZ				**No. Contrato:** 036-ARC-DISAN-2026
Periodo del informe: JUNIO 2026	**Desde el : 01/06/2026**		**Hasta el: 30/06/2026**		
Objeto del contrato: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN MEDICINA ESPECIALIZADO EN GINECOLOGIA PARA LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL APOYANDO LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DE LAS MATERNAS PERTENECIENTES A LA RUTA MATERNO PERINATAL A NIVEL NACIONAL, ADSCRITAS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL. **"**					
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO					
Fecha de suscripción	29/01/2026				
Fecha de Iniciación- Inicio	30/01/2026				
Plazo del contrato	Ocho (8) meses				
Fecha de Terminación	30/09/2026				
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	N/A				
Valor Inicial del contrato	CUARENTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($46.968.000,00 M/CTE).				
No. CDP y FECHA: 6326 de fecha 16 de enero de 2026- RECURSO 16	**VALOR: 46.968.000**		**No. CRP y FECHA:6926 de fecha 30 de enero de 2026**		**VALOR: 46.968.000**
Valor total del contrato (incluido valor adición)	**N/A**				
No. CDP y FECHA: (Cuando se genera una adición presupuestal se actualiza los CDP y RP en valor y tiempo).	**VALOR: N/A**		**No. CRP y FECHA: N/A**		**VALOR: N/A**
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza Anexo No. CBC-100074947**		**Aseguradora: SEGUROS MUNDIAL**		
	AMPAROS	**VIGENCIA**			**VALOR ASEGURADO**
	Cumplimiento	29/01/2026	30/09/2027		4.696.800,00
	calidad	29/01/2026	30/09/2027		4.696.800,00
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO (APLICA CUANDO SE MODIFICA EL CONTRATO EN TIEMPO Y VALOR)	**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:	(Si aplica)				
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**		$ 46.968.000		
	Valor total tramitado para pago		$ 29.355.000		

	Saldo del contrato	$ 17.613.000
	Porcentaje de Ejecución:	**62.50%**

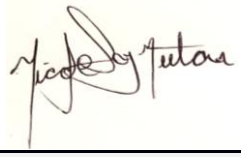
APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: **6019500373**	**Entidad:** MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION **Fecha de pago:** 19/06/2026 **Valor:** $293.600
No. de Planilla de Pensión:	**SE ADJUNTA CERTIFICADO DE PAGO**
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: **6019500373**	**Entidad:** Positiva Compañía de Seguros S.A **Fecha de pago:** 19/06/2026 **Valor:** $12.300

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	Verificar la integralidad de la atención en salud de las gestantes acuerdo Directiva Transitoria N° 01 del 30 de enero del 2019 de la Dirección General de Sanidad Armada Nacional de cuarenta (40) pacientes mensuales, apoyando el seguimiento de la atención clínica de la población materna considerada con factor de riesgo alto, maternas identificadas en la matriz nominal entregadas por la Líder de la Ruta Materna Perinatal, tomando como insumo las historias clínicas de SALUD.SIS., dinámica gerencial o en físico que se requieran. Todas las intervenciones deberán ser registradas en historia clínica de cada una de las usuarias como nota administrativa.			x		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
2	Realizar seguimiento inmediato de los eventos de Morbilidad Materna Extrema (MME) para canalizaciones, reportes del seguimiento inmediato, controles (Incluye planificación familiar) y atenciones en salud que se requiera. Todas las intervenciones deberán ser registradas en historia clínica de cada una de las usuarias como nota administrativa (Actividad permanente, de acuerdo eventos presentados en el mes).			x		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
3	Apoyar en la verificación y participar en el desarrollo de las unidades de análisis materno perinatales, analizando con criterio médico clínico las intervenciones del caso en las unidades de análisis y retroalimentación del caso (Actividad periódica según reporte de casos por SIVIGILA). (Actividad permanente, de acuerdo eventos presentados en el mes).			x		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
4	Apoyar el plan de capacitación con temas de interés en la Ruta Materno Perinatal en pro del mejoramiento de la atención de las usuarias del SSFF (Una por Trimestre).			x		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

5	Realizar de manera trimestral la retroalimentación de los indicadores de la Ruta Materno Perinatal del Hospital y los Dispensarios Medios y Unidades Básicas de * Atención, con el fin de que se optimicen la inversión desde la ruta materno perinatal y minimicen los riesgos de la atención en salud (Actividad trimestral)			**x**		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
6	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**		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO					
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	**La 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**	01/06/2026	**HASTA EL**	30/06/2026
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en Letras)	CINCO MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y UN MIL PESOS MONEDA CORRIENTE			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en números)	($5.871.000,00 M/CTE).			

SUPERVISOR – DEPENDENCIA	
NOMBRE: TN GOMEZ BEETAR NICOLE	
CARGO: LIDER DE SALUD ORAL	**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.** 4. **Lista de chequeo.**