

| CONTRATOS DE SERVICIOS MÉDICOS | | |
|---|--|---|
| IPS: | No. CTO: | |
| ITEM | DOCUMENTO | VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X) |
| 1 | FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS FIRMA O SELLO DEL EMISOR | |
| 2 | DELEGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTRATADOR Y ORDENADOR DEL GASTO | |
| 3 | FORMATO "TRÁMITE 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 MÉDICAS | |
| 6 | SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL | |
| DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRÁMITE DE PAGO | | |
| | | SECOF (Marque con una X) |
| 7 | CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR | |
| 8 | REPORTE SIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA | |
| 9 | APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA | |
| 10 | PÓLIZA DE GARANTÍA | |
| 11 | REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO | |
| 12 | COPA DEL CONTRATO | |
| 13 | REGISTRO ÚNICO 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 TRÁMITE: _____

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE: _____ FIRMA ÁREA DE CONTABILIDAD: _____

| CONTRATOS DE PROVEEDORES (BIENES Y SERVICIOS) | | |
|---|--|---|
| CONTRATISTA: | No. CTO: | |
| ITEM | DOCUMENTO | VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X) |
| 1 | DELEGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTRATADOR Y ORDENADOR DEL GASTO | |
| 2 | FORMATO "TRÁMITE 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 PLAZO | |
| DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRÁMITE DE PAGO | | |
| | | SECOF (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 GARANTÍA ÚNICA | |
| 10 | PÓLIZA DE GARANTÍA | |
| 11 | REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO | |
| 12 | COPA DEL CONTRATO | |
| 13 | REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO | |

OBSERVACIONES:

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS: _____ FIRMA SUPERVISOR: _____

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

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE: _____ FIRMA ÁREA DE CONTABILIDAD: _____

| PAGOS DE CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS | | |
|---|--|---|
| CONTRATISTA: | No. CTO: | |
| ITEM | DOCUMENTO | VERIFICACIÓN FÍSICA O SECOF (Marque con una X) |
| 1 | DELEGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTRATADOR Y ORDENADOR DEL GASTO | |
| 2 | FORMATO "TRÁMITE 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 (No cargar parte del S. de Ingresos del contratista al S. EPS) | |
| DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRÁMITE DE PAGO | | |
| | | SECOF (Marque con una X) |
| 7 | OP-CO 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 GARANTÍA ÚNICA | |
| 11 | PÓLIZA DE GARANTÍA | |
| 12 | REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO | |
| 13 | COPA DEL CONTRATO | |
| 14 | REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO | |
| 15 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENS Y ONY ARL) | |
| 16 | DECLARACIÓN JURAMENTADA Y SOPORTES | |

OBSERVACIONES:

S I A S E N G O N Z A L E Z J A R A M I L L O M A R I A N A _____ FIRMA SUPERVISOR

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS: _____ FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRÁMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA: _____ FIRMA ÁREA DE CONTABILIDAD

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE: _____

| PAGOS RESOLUCIÓN SERVICIOS MEDICOS - ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO - CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS - ENTIDADES ASEGURADORAS. | | |
|--|--|---|
| ENTIDAD: | No. FACTURA: | |
| ITEM | DOCUMENTO | VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X) |
| 1 | DELEGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTRATADOR Y ORDENADOR DEL GASTO | |
| 2 | FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO" | |
| 3 | RESOLUCIÓN DE ORDENAMIENTO DE PAGO | |
| 4 | FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS FIRMA O SELLO DEL EMISOR | |
| 5 | INFORME DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS PARA EL CASO DE SERVICIOS MÉDICOS | |
| 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 TRÁMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE

FIRMA ÁREA DE CONTABILIDAD

| PAGO VIÁTICOS | | |
|-----------------|--|---|
| FUNCIONARIO: | | Nº. CÉDULA: |
| Nº. RESOLUCIÓN: | | |
| ITEM | DOCUMENTO | VERIFICACIÓN FÍSICA (Marcar 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 SIN NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA | |
| 8 | REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO | |
| 9 | CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | |

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA

FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRÁMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE

FIRMA ÁREA DE CONTABILIDAD

| PAGO SERVICIOS PÚBLICOS | | |
|-------------------------|---|---|
| ENTIDAD: | | Nº. FACTURA: |
| ITEM | DOCUMENTO | VERIFICACIÓN FÍSICA (Marcar con una X) |
| 5 | OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO | |
| 1 | FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO" | |
| 2 | REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO | |
| 3 | PLANILLA RESUMEN RELACIÓN DETALLADA DE SERVICIOS DE ENERGÍA O LÍNEAS DE SERVICIOS DE TELEFONOS DE LA DISANO ESM | |
| 4 | FACTURA SERVICIOS PÚBLICOS | |

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA

FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRÁMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE

FIRMA ÁREA DE CONTABILIDAD



ARMADA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD NAVAL

GESTION CONTRACTUAL

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL

Versión: 3.0

Fecha :25-06-2013

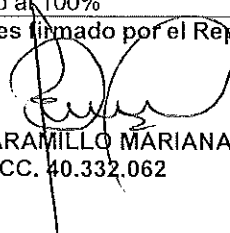
Acta N° 005 Correspondiente al mes de mayo 2026


| DIRECCION DE SANIDAD NAVAL | |
|-------------------------------|--|
| Fecha | 22 Junio 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 ENFERMERIA 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 | 05 |
| Valor de la Factura | \$ 2.223.000.00 |
| Saldo del contrato | \$ 11.167.000.00 46.31 % 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 005. |
| 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 171 Horas cumpliendo al 100% |


Certificado de Cumplimiento Aportes Parafiscales firmado por el Representante Legal o Revisor Fiscal del mes de abril 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: 22 Junio de 2026 | Nombre del Contratista: DANIEL ANTURI PEÑA | No. Contrato: 036-ARC-DISAN-DMBOG-2026 | |
| Período del informe: | Desde el : 01 MAYO 2026 | Hasta el: 31 MAYO 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) | | |
| ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO | Valor total del contrato (Incluida adiciones) | \$ 20.800.000.00 | |
| | Valor total tramitado para pago | \$ 9.633.000.00 | |
| | Saldo del contrato | \$ 11.167.000.00 | |
| | Porcentaje de Ejecución: | 46,31% | |




| | | | |
|---|---|-------------------|---------------|
|  | 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: 8376228717 | Entidad: EPS SURA Fecha de pago: 20/04/2026 Valor: \$218.900.00 |
| No. de Planilla de Pensión: 8376228717 | Entidad: PROTECCION Fecha de pago: 20/04/2026 Valor: \$280.200.00 |
| No. de Planilla de Riesgos Profesionales: 8376228717 | Entidad: ARL SURA Fecha de pago: 20/04/2026 Valor: \$42.700.00 |

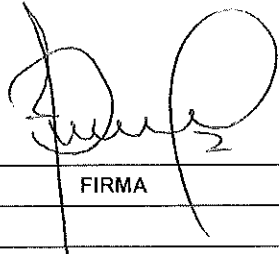
| CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES | | | | | | |
|--|--|------------|---------------|---------------|---|--|
| No. | DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN (Registrar cada una de las obligaciones específicas contratadas) | DEFICIENTE | A MEJORAR | | | OBSERVACIONES (Registrar en esta columna las observaciones realizadas a la actividad) |
| | | | SATISFACTORIO | SOBRESALIENTE | S | |
| 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 |



| | | | |
|---|---|--------------------------|----------------------|
|  | 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 MAYO/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 | <p>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".</p> <p>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 abril 2026.</p> | | | | |
| AUTORIZACIÓN PAGO | PERIODO A PAGAR | DESDE EL | 01/05/2026 | HASTA EL | 31/05/2026 |
| | VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en Letras) | DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTITRES MIL PESOS MONEDA CORRIENTE. | | | |
| | VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en números) | \$ 2.223.000.00 | | | |
| SUPERVISOR – DEPENDENCIA | | |  FIRMA | | |
| NOMBRE: S1 GONZALEZ JARAMILLO MARIANA DEL PILAR | | | | | |
| CARGO: COORDINADOR CONSULTA EXTERNA | | | | | |
| | | | | | |



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