SIIF Nación

Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante

Usuario Solicitante:	MHkrosania	KATTY DE JESUS ROSANIA CASTRO
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-11-095	DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA
Fecha y Hora Sistema:	2026-07-06-1:35 p. m.	

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	249266826	**Fecha Registro:**	2026-07-02	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA				
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Pagada	**Nro Obligación:**	36926	**Comprobante Contable de la Generación:**			
Fecha Máxima Pago:	2026-07-06	**Código de Referencia:**	04500739800249266826	**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00		
Valor Bruto:	9.243.000,00	**Valor Deducciones:**	487.538,00	**Valor Neto:**	8.755.462,00	**Saldo x Pagar:**	0,00		

VALORES PAGADOS

TRM Pago		**Valor Bruto**	9.243.000,00	Valor Deducciones	487.538,00	Valor Neto	8.755.462,00	Moneda Base Compra		**Valor MBC**

REINTEGROS

Números				**No Recaudo:**	
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	**Reintegrado Deducciones Pesos:**	0,00	**Reintegrado Neto Pesos:**	0,00
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	**Reintegrado Deducciones Moneda:**	0,00	**Reintegrado Neto Moneda:**	0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

Identificación:	22703873	**Razón Social:**	RUBY ELENA COLL LOGREIRA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	0550027000011091	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

TESORERIA	**DOCUMENTO SOPORTE**					
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN	**Número:**	36926	**Tipo:**	Obligación Presupuestal	**Fecha:**	2026-07-02

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS

DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA / A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES												
	Nación	16	SSF	9.243.000,00	0,00	9.243.000,00				Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES		TERCERO		TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR REINTEGRADO
2-01-05-01-97	RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	860525148	FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.	1,250 %	115.538,00	115.538,00	
2-01-04-01-29	RETEFUENTE - RENTAS DE TRABAJO	800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	5,360 %	372.000,00	372.000,00	

LINEAS DE PAGO VINCULADA

DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
15-01-11-095 - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA	4-2 - ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-07-01	9.243.000,00	05 NINGUNO	Pagada

Katty Rosania Castro.

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

	ARMADA NACIONAL DE COLOMBIA DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL		
	PROCESO GESTIÓN RECURSOS FINANCIEROS		
	LISTA DE CHEQUEO PARA TRAMITES DE PAGO		
	Versión: 14.0	Fecha: 10/02/2026	Página: 1 de 1

PAGOS DE CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS		
IPS: RUBY ELENA COLL LOGREIRA	CTO: 028-ARC-DISAN-DMBAQ-2026	
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	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)	
7	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SECOP (Marque con una X)**
8	OFICIO CERTIFICACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE RENTA	
9	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
10	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
11	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
12	PÓLIZA DE GARANTÍA	
13	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
14	COPIA DEL CONTRATO	
15	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	
16	CERTIFICADO DE AFILIACION SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENSION Y ARL)	
17	DECLARACION JURAMENTADA Y SOPORTES	
OBSERVACIONES:		

S1 TAVERA ARIZA ZULY BIBIANA
GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA SUPERVISOR

S2 DE LA HOZ GUZMAN JOSÉ
GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA

FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

TASD24 KATHERIN MUÑOZ
GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE

FIRMA AREA DE CONTABILIDAD

SIF Nación

Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHkvmunoz KATHERIN VERONICA MUNOZ PABON

Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA

Fecha y Hora Sistema: 2026-07-01-5:11 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

Numero:	36926	Fecha Registro:	2026-07-01	Unidad / Subunidad ejecutora:		15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA			
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generada	Requiere DIP:	No	Tipo de DIP:		Nro. Compromiso:	6126
Valor Inicial:	9.243.000,00	Valor Total Operaciones:	0,00			Valor Actual:	9.243.000,00	Saldo x Ordenar:	9.243.000,00
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	Valor Total Operaciones Moneda Original:	0,00			Valor Actual Moneda Original:	0,00	Saldo x Ordenar Moneda Original:	0,00
Valor Deducciones:	487.538,00	Valor Neto:	8.755.462,00			Valor IVA:	0,00	Nro. Cdp:	7426
Valor Deducciones Moneda:	0,00	Valor Neto Moneda:	0,00			Atributo Contable:	05-NINGUNO	Comprobante Contable:	434269 436830

TERCERO

Identificacion:	22703873	Razon Social:	RUBY ELENA COLL LOGREIRA	Medio de Pago:	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Numero:	05500270000110991	Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo:	Ahorro	Estado:	Activa

CUENTA X PAGAR

Numero:		Tipo:	Adquisición de Servicios a Personas Declarantes

CAJA MENOR

Identificacion:		Fecha de Registro:	

DOCUMENTO SOPORTE

Numero:	CTO 028 DMBAQ 2026	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES	Fecha:	2026-07-01

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS	Nación	16	SSF	05-NINGUNO					
						Total:	9.243.000,00	0,00	9.243.000,00	9.243.000,00

Objeto:	CTO 028 DMBAQ 2026 SERVICIOS COMO MÃ‰DICO ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA PARA EL DMBAQ . MES DE PAGO JUNIO

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA	4-2 ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-07-01	Generada	9.243.000,00

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL

POSICION DEL CATALOGO DE PAGO	IDENTIFICACION	NOMBRE BENEFICIARIO	BASE GRAVABLE	TARIFA	VALOR DEDUCCION	SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR
2-01-05-01-97 RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	NIT 860525148	FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.	9.243.000,00	1,250 %	115.538,00	115.538,00
2-01-04-01-29 RETEFUENTE - RENTAS DE TRABAJO	NIT 800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	6.932.250,00	5,360 %	372.000,00	372.000,00

CONTABILIDAD

ORDENADOR DEL GASTO

ARMADA DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD NAVAL
PROCESO GESTION RECURSOS FINANCIEROS
COMPROBANTE TRAMITE DE PAGO PERSONA NATURAL

VERSION: 6.0	FECHA:29-05-2025	Página 1 de 1

ADQUIRENTE: DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL - NIT 901.433.263 - 7

FECHA DE ELABORACIÓN TRÁMITE	1	JULIO	2026
	DIA	MES	AÑO

CONSECUTIVO DOCUMENTO SOPORTE DIAN	AÑO 2026
	DIA / MES / AÑO
	1/07/2026

DOCUMENTO SOPORTE, EN ADQUISICIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS A SUJETOS NO OBLIGADOS A FACTURAR.
Artículo 1.6.1.4.12 del decreto 1625 de 2016, sustituido por el artículo 1 del decreto 358 de 2020.
Rango de Autorización de Numeración DIAN, mediante formulario No. 18764091550171 del (04) de (Abril) de (2025)
Rangos autorizados del 151 al 5000
Vigencia desde (04) de (Abril) de (2025) hasta (03) de (Abril) de (2027)
EL SIGUIENTE COMPROMISO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE LEY

No. CUENTA POR PAGAR SIIF	
No. OBLIGACIÓN SIIF	36926
No. OBLIGACIÓN SAP	

No. ORDEN DE PAGO SIIF NACIÓN	
No. DE PAGO SAP	

☐ OPS PRESTACION SERV TECNICOS O TECNOLOGICOS ☐ OPS PRESTACION SERV PROFES HONORARIOS

PROVEEDOR SUJETO A RETENCIÓN ☑ CON UVT ☐ SIN UVT

Nº CONTRATO:	028-ARC-DISAN-DMBAQ-2026
No. PÓLIZA:	320-74-994000015637 Y 320-47-994000035438
Nº CDP:	7426
Nº RP:	6126

PERIODO FACTURADO		
	DE:	1/06/2026
	A:	30/06/2026

FECHA INICIO	DE:	16/02/2026
FECHA TERMINO	A:	30/09/2026
INICIO ADICIÓN	DE:	
TERMINO ADICIÓN	A:	

CONTRATISTA Y/O BENEFICIARIO:	RUBY ELENA COLL LOGREIRA
C.C.:	22.703.873
ACTIVIDAD ECONOMICA RUT:	8621
BANCO:	BANCO DAVIVIENDA S.A.
No. DE CUENTA BANCARIA:	5,50027E+14
TIPO DE CUENTA:	☑ AHORRO ☐ CORRIENTE
DIRECCION:	BARRANQUILLA
TELEFONO:	3396720
CIUDAD:	BARRANQUILLA

VALOR DEL CONTRATO:	$	71.100.000,00
VALOR ADICIÓN:		
VALOR TOTAL CONTRATO:	$	71.100.000,00
SALDO DEL CONTRATO:	$	38.552.000,00
EJECUCIÓN CONTRATO		46%

DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA DIRECTIVA DIR2016-036 DE FECHA 25 DE NOVIEMBRE DE 2016 POLITICA Y DISPOSICIONES DE ORDEN FINANCIERO PARA EL PAGO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y REGLAMENTARIAS Y CIRCULAR No. 08533/MDN-CGFM-DGSM-SAF-13 DE FECHA 31 DE MAYO DE 2017 LINEAMIENTOS DE ORDEN FINANCIERO PARA PAGO DE OBLIGACIONES SEGÚN NUMERAL 9.3 PAGO DE CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

HISTORICO DOCUMENTO EQUIVALENTE CONTABLE

NÚMERO TRÁMITE	FECHA	CONCEPTO	VALOR
1	28/02/2026	DERMATOLOGA 16-28 FEBRERO 2026	$ 2.212.000,00
2	31/03/2026	DERMATOLOGA 01-31 MARZO 2026	$ 8.848.000,00
3	30/04/2026	DERMATOLOGA 01-30 ABRIL 2026	$ 8.295.000,00
4	31/05/2026	DERMATOLOGA 01-31 MAYO 2026	$ 3.950.000,00
5	30/06/2026	DERMATOLOGA 01-30 JUNIO 2026	$ 9.243.000,00
		TOTAL TRAMITADO	$ 32.548.000,00

PERIODO FACTURADO

FECHA	CONCEPTO	VALOR
30/06/2026	DERMATOLOGA 01-30 JUNIO 2026	$ 9.243.000,00

Salario Minimo	$ 1.750.905	Valor UVT	$ 52.374
2 SMLV	$ 3.501.810	Tope IBC	$ 43.772.625
Base pago de FSP	$ 7.003.620	Total Pago	$ 8.755.463

Rango en UVT		TOPES	Tarifa
Desde	Hasta		
0	95	$ -	0%
96	150	$ 5.027.904,00	19%
151	360	$ 7.908.474,00	28%
361	640	$ 18.907.014,00	33%

LIQUIDACIÓN CONTABILIDAD

OBSERVACIONES

☑ HONORARIOS ☐ SERVICIOS TECN

ITEMS			VALOR
Aporte	Tarifa	Valor	
VALOR IBC	SIN IBC	$ -	$ 9.243.000
APORTE A SALUD		12,50%	-
APORTE A PENSION		16,00%	-
APORTE ARL		RIESGO 2	-

REVISADO: TK CARLOS ANDRES LOPEZ TORO - CONTADOR PUBLICO- JEFE FINANCIERO

APORTES DEDUCIBLES		TOPE	APORTADO	TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL	$ -
Depend.10% 32 UVT	SIN DEPENDIENTE	$ 1.675.968,00			-
Int. Vivienda 100 UVT		$ 5.237.400,00			-
Menos 25% Renta Exenta - 790 UVT *año		$ 3.447.955,00			2.310.750
AFC y/o Ahorro 30% - 3800 uvt *año		$ 2.772.900,00			-
Prepagada		$ 837.984,00			-

CONTABILIZADO: TASD. KATHERIN MUÑOZ PABON - AUXILIAR CONTABLE

RETEFUENTE		RETEICA		TOTAL DEDUCIBLES	$ 2.310.750
Base Gravable	$ 9.243.000,00	Municipio	BARRANQUILLA	RETEFUENTE	372.000
UVT	132,36	Tarifa	1,25	RETEICA	115.538
Base Gravable - Renta Exenta	$ 6.932.250,00	Base Gravable	$ 9.243.000,00	PROESTAMPILLA	-
Valor a cobrar	$ 372.000	Valor a cobrar	$ 115.538	PRO-UNIVERSIDAD	-
PROESTAMPILLA		**PROUNIVERSIDAD**			
Base Gravable	$ -	Base Gravable	$ -		
Tarifa		Tarifa		TOTAL DEDUCCIONES	$ 487.538
Valor a cobrar	$ -	Valor a cobrar	$ -	NETO A GIRAR	$ 8.755.463

TESORERIA

TESORERO: CPS. KATTY DE JESUS ROSANIA CASTRO

Este documento debe ser elaborado por el adquiriente, y no es necesario que sea firmado por el prestador del servicio no obligado a facturar a quien se le hizo el pago.
CUALQUIER DUDA O RECLAMO CON REFERENCIA A ESTE PAGO FAVOR COMUNICARSE CON LA TESORERIA DE LA DIRECCION DE SANIDAD NAVAL TEL: 3278390 EXT 10467

REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL
	GESTIÓN CONTRACTUAL
	INFORME PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN (PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN)
	Versión: 1.0 | Fecha :11/02/2022

DATOS DEL INFORME			
Fecha de presentación: 30/06/2026	**Nombre del Contratista:** RUBY ELENA COLL LOGREIRA		**No. Contrato:** 028-ARC-DISAN-DMBAQ-2026
Periodo del informe:	**Desde el:** 01/06/2026	**Hasta el:** 30/06/2026	
Objeto del contrato: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA PARA EL DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BARRANQUILLA, EN FORMA INDEPENDIENTE Y CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, CON SUS PROPIOS MEDIOS, TODO ELLO DE ACUERDO CON LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN LA OFERTA Y EN EL ESTUDIO PREVIO.			

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO			
Fecha de suscripción	16/02/2026		
Fecha de Iniciación- Inicio	16/02/2026		
Plazo del contrato	Siete meses y medio (7.5) meses		
Fecha de Terminación	30 septiembre de 2026		
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	30 de septiembre de 2026		
Valor Inicial del contrato	**SETENTA Y UN MILLONES CIEN MIL PESOS** M/CTE ($71.100.000,00)		
No. CDP y FECHA: 7426 13/enero/2026	**VALOR: $** ($71.100.000,00)	**No. CRP y FECHA:** 6126 21/enero/2026	**VALOR: $** ($71.100.000,00)
Valor total del contrato (incluido valor adición)	**$ 71.100.000,00**		
No. CDP y FECHA: N/A	**VALOR: $** N/A	**No. CRP y FECHA:** N/A	**VALOR: $** N/A
No. CDP y FECHA: N/A	**VALOR: $** N/A	**No. CRP y FECHA:** N/A	**VALOR: $** N/A

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

No. De PÓLIZA:	**Aseguradora:**
Póliza No: **320-47-994000035438** Póliza No. **320-74-994000015637**	Solidaria de Colombia

AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
CALIDAD	16-02-2026	30-01-2027	$ 7.110.000,00
CUMPLIMIENTO	16-02-2026	30-01-2027	$ 7.110.000,00
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	16-02-2026	30-09-2026	$ 175.090.500,00

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

No. De PÓLIZA: N/A	**Aseguradora:** N/A

AMPAROS	**VIGENCIA**	**VALOR ASEGURADO**

	CALIDAD	N/A	N/A	N/A
	CUMPLIMIENTO	N/A	N/A	N/A
MODIFICATORIOS DEL CONTRATO	N/A			
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	N/A			
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	$ 71.100.000,00		
	Valor total tramitado para pago	$ 32.548.000,00		
	Saldo del contrato	$ 38.552.000,00		
	Porcentaje de Ejecución:	**46%**		

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No de Planilla de Salud: 9506108685	Entidad: SANITAS Fecha de pago: 09/06/2026 Valor: $ 630.800
No de Planilla de Pensión: 9506108685	Entidad: COLPENSIONES Fecha de pago 09/06/2026 Valor: $ 576.000
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. 9506108685	Entidad: Positiva Compañía Fecha de pago: 09/06/2026 Valor: $ 87.700

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
	Cumplimiento de las horas estipuladas en el contrato **028-ARC-DISAN-DMBAQ-2026**	el contratista laboro 117 horas durante los días 01 al 30 de JUNIO de 2026.			X		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
	Evidencias del ejercicio medico	Diligenciamiento de las historias clínicas y formulas médicas en el sistema portal salud SIS			X		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL
	GESTIÓN CONTRACTUAL
	INFORME PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN (PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN)
	Versión: 1.0 | Fecha :11/02/2022

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO					
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIÓ CON LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS Y DERIVADAS DEL CONTRATO, DENTRO DEL TÉRMINO OTORGADO PARA TAL FIN Y NO HAY LUGAR A LA APLICACIÓN DE MULTAS, INDEMNIZACIONES O INTERESES EN SU CONTRA. 117 HORAS LABORADAS DURANTE EL 01 AL 30 DE JUNIO DE 2026.				
	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 DE PAGO	**PERÍODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/06/2026	**HASTA EL**	30/06/2026
	VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO **VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO**	**NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE** ($9.243.000,00)			
NOMBRE: S1 TAVERA ARIZA ZULY BIBIANA					
CARGO: SUPERVISOR CONTRATO 028-ARC-DISAN-DMBAQ-2026					
	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.**

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL		
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL		
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS Y SOLICITUD DE PAGO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		
	Versión 1.0	Fecha: 20/02/2023	Página 1 de 2

Barranquilla, 30 de Junio de 2026.

Señora:
S1 TAVERA ARIZA ZULY BIBIANA
Supervisor Contrato No. 028-ARC-DISAN-2026.
La ciudad.

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO No. 028-ARC-DISAN-DMBAQ-2026.

Yo **RUBY ELENA COLL LOGREIRA** identificado como aparece al pie de mi firma, de la manera más respetuosa me permito presentar, el informe de actividades realizadas en mi condición de CONTRATISTA, durante el periodo comprendido entre el primero (01) de junio al treinta (30) de junio de 2026, en cumplimiento a lo establecido en la cláusula quinta del CONTRATO No. 028-ARC-DISAN-DMBAQ-2026 de fecha 20-01-2026, cuyo objeto contractual es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA PARA EL DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BARRANQUILLA, EN FORMA INDEPENDIENTE Y CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, CON SUS PROPIOS MEDIOS, TODO ELLO DE ACUERDO CON LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN LA OFERTA Y EN EL ESTUDIO PREVIO.. LAS CUALES RELACIONO A CONTINUACIÓN:

INFORME DE ACTIVIDADES No. 005

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EJECUTADAS CONFORME AL PERIODO

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES REALIZADAS
1.	Cumplimiento de las horas estipuladas en el contrato	Atención de pacientes por medio de servicios de consulta externa 117 horas desde el 01 de junio hasta el 30 de junio de 2026
2.	Evidencias del ejercicio medico	Diligenciamiento de las historias clínicas y formulas medicas en el portal salud sis

ACREDITACIÓN DEL PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: Cumpliendo con lo dispuesto en el contrato, anexo el comprobante de pago de seguridad social, planilla No. 9506108685 correspondiente al mes de mayo de 2026.

INFORMACIÓN DE NOVEDADES AL SUPERVISOR: Ninguna.

SOLICITUD DE PAGO DEL CONTRATO No. 028-ARC-DISAN-DMBAQ-2026.

Con ocasión a la forma de pago definida en la cláusula séptima del contrato, para el periodo ejecutado, corresponde a la Dirección de Sanidad de la Armada Nacional, pagar a nombre del contratista, la siguiente suma:

No. PAGO	FECHA	VALOR A PAGAR	CONCEPTO	REGIMEN	No. RUT
No. 005	30/06/2026	NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE ($9.243.000.00)	Servicios prestados desde el 01 al 30 de junio de 2026, en desarrollo del CONTRATO No. 028-ARC-DISAN-DMBAQ-2026.	SIMPLIFICADO	22703873

Para efecto del pago, agradezco desembolsar en la cuenta Ahorros (x) No. **0550027000011091 del banco DAVIVIENDA**

Atentamente,

RUBY ELENA COLL LOGREIRA
C.C. No. 22.703.878 de Tubara - Atlántico

No. **CONTRATO No. 028-ARC-DISAN-DMBAQ-2026.**

Cuenta de Cobro 005

DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BARRANQUILLA

NIT:901.540.734-2

DEBE A:

RUBY ELENA COLL LOGREIRA

CC No 22.703.873

LA SUMA DE:

NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE

($9.243.000,00)

Por concepto de: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA PARA EL DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BARRANQUILLA, EN FORMA INDEPENDIENTE Y CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, CON SUS PROPIOS MEDIOS, TODO ELLO DE ACUERDO CON LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN LA OFERTA Y EN EL ESTUDIO PREVIO

Atentamente,

RUBY ELENA COLL LOGREIRA
C.C. No. 22.703.873 de Tubara - Atlántico

RUBY ELENA COLL LOGREIRA

No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Factura Electrónica de Venta RCL - 99

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764092863121 de 06/05/2025 - 06/05/2027 autoriza RCL - 1 a RCL - 5,000

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	22/06/2026 11:05
Fecha de Vencimiento	22/06/2026 11:05
Fecha de Validación	22/06/2026 11:06
Forma de Pago	Contado
Medio de Pago	Transferencia Débito Bancaria
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	RUBY ELENA COLL LOGREIRA
CC	22703873
Obligación	NO APLICA
Email	rcologreira@hotmail.com
Teléfono	3587292
Dirección Fiscal	CR 50 82 168 CS 402, BARRANQUILLA, (ATLANTICO, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	DISPENSARIO MEDICO NIVEL II DE BARRANQUILLA
NIT	901540734
Obligación	NO APLICA
Email	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Teléfono	3319576
Dirección	VIA 40 CALLE 58 ESQUINA
Ciudad, Depart.	BARRANQUILLA, ATLANTICO (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	04	MEDICO DERMATOLOGO	117	LH	$79,000.00		$9,243,000.00	$9,243,000.00

1

Subtotal	$9,243,000.00
Total a Pagar	$9,243,000.00

#S15-01-11-095;CONTRATONO.028-ARC-DISAN-DMBAQ-2026;zuly.tavera@armada.mil.co#S

Unidades de medida: LH = hora de trabajo

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: e6076480365ba870cccc1f67843d379febd9afee18b98fb555a1da159681c9901782c6879c428ac85c8c391533303594

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22703873		COLL LOGREIRA RUBY ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 50 # 82-168	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3588147	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	376852700	9506108685	I	2026/06/18	2026/06/09	NEQUI	0	$1,294,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1234089658	CERA CLAUDIA		0	$0	$0	EPS005	30	$0	$180,800		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
2	CC	22703873	COLL RUBY	25-14	30	$3,600,000	$576,000	EPS005	30	$3,600,000	$450,000		0	$0	$0	14-23	30	$3,600,000	$87,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(2)**					$3,600,000	$576,000			$3,600,000	$630,800			$0	$0			$3,600,000	$87,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$576,000	$0	$0	$576,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$576,000	$0	$0	$576,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$87,700	$0	$0	$87,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$87,700	$0	$0	$87,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$630,800	$0	$0	$630,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$630,800	$0	$0	$630,800
TOTAL				1	$1,294,500	$0	$0	$1,294,500