	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÒN 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 3**

DATOS DEL INFORME			
Fecha de presentación: 31/08/2026	**Nombre del Contratista: YARLIN MICHELL PAZ MARTINEZ**		**No. Contrato: No. 018-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026**
Periodo del informe:	**Desde el : 01/08/2026**	**Hasta el: 31/08/2026**	
Objeto del contrato: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LAS ÁREAS DE CONSULTA EXTERNA, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, ATENCIÓN PRIORITARIA, SALUD PUBLICA Y CARACTERIZACIÓN DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BUENAVENTURA.**"**			

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO				
Fecha de suscripción	15/01/2026			
Fecha de Iniciación- Inicio	23/01/2026			
Plazo del contrato	10 MESES			
Fecha de Terminación	14 DE NOVIEMBRE 2026			
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	N/A			
Valor Inicial del contrato	$ 20.800.000			
No. CDP y FECHA: No. 3226 DEL 09/01/2026	**VALOR: $** 20.800.000,00	**No. CRP y FECHA:** 2926 DEL 15/01/2026	**VALOR: $ $** 20.800.000,00	
Valor total del contrato (incluido valor adición)	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 3002602 (Calidad y Cumplimiento) – 1008603 (Responsabilidad Civil)**		**Aseguradora: PREVISORA Aseguradora: PREVISORA**	
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
	Calidad y Cumplimiento	19/01/2026	14/03/2027	$ 4.160.000,00
	Responsabilidad Civil	19/01/2026	19/01/2027	$ 400.000.000,00

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza Anexo No. 1**		**Aseguradora:**	
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
	-	-	-	-
	-	-	-	-

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO	N/A	
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	N/A	
STADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	$ 20.800.000,00
	Valor total tramitado para pago	001: $936.000 + 002: $ 2.080.000 + 003: $ 2.184.000 + 004: $ 2.080.000 + 005: $ 1.976.000 + 006: $ 1.976.000 + 007: $ 1.924.000 + 008: $ 1.924.000
	Saldo del contrato	$ 5.720.000
	Porcentaje de Ejecución:	**72.50 %**

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: 9508496204	Entidad: S.O.S. Servicio Occidental De Salud S.A Fecha de pago 05/08/2026 Valor: $ 218.900
No. de Planilla de Pensión: 9508496204	Entidad: Porvenir Fecha de pago 05/08/2026 Valor: $ 280.200
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: 9508496204	Entidad: Positiva Compañía Fecha de pago 05/08/2026 Valor: $ 42.700

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
1	Brindar atención personalizada a los usuarios dentro de los horarios establecidos, orientando y resolviendo los requerimientos relacionados con el proceso de Referencia y Contrarreferencia.				X	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.
2	Acompañamiento asistencial a especialista en Ginecología- apoya las actividades auxiliar de enfermería.				X	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.
3	Recibir, verificar y gestionar las autorizaciones de referencia para especialidades y procedimientos de los usuarios en la red de servicios contratada o propia, de acuerdo con la necesidad asistencial.				X	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.
4	Cargar las órdenes y anexos correspondientes de los pacientes hospitalizados y responder los correos con la autorización respectiva.				X	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.
5	Cumplimiento con los programas de bioseguridad.				X	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.

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 Nº 018-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM- 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 anexan Comprobantes de pago.				
AUTORIZACIÓN PAGO	**PERIODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/08/2026	**HASTA EL**	31/08/2026
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	UN MILLÓN NOVECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS M/CTE.			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	**$** 1.924.000			
SUPERVISOR – DEPENDENCIA					
NOMBRE: S1 ARTUNDUAGA CAMACHO JULY MARCELA					
CARGO: ENFERMERA MILITAR					
					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.**