DATOS DEL INFORME

Fecha de presentación: 28/08/2026	**Nombre del Contratista:** ERIKA LISBETH ORDOÑEZ RUIZ	**No. Contrato:** 025-ARC-DISAN-2026
Periodo del informe: AGOSTO	**Desde el :** 01/08/2026	**Hasta el:** 31/08/2026

Objeto del contrato: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TÉCNICO ADMINISTRATIVO PARA LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN QUE ADELANTE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA"

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO

Fecha de suscripción	16/01/2026		
Fecha de Iniciación- Inicio	16/01/2026		
Plazo del contrato	Once (11) meses y quince (15) días.		
Fecha de Terminación	31/12/2026		
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	N/A		
Valor Inicial del contrato	**VEINTE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 20.250.000 M/CTE)**		
No. CDP y FECHA:3826 de 09/01/2026	**VALOR: $** 20.250.000,00 MCTE	**No. CRP y FECHA:** 4926 de 16/01/2026	**VALOR:** $ 20.250.000,00 MCTE
Valor total del contrato (incluido valor adición)	**VEINTISIETE MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 27.000.000 M/CTE)**		
No. CDP y FECHA: 3826 de 02/07/2026	**VALOR: $** 6.750.000,00 MCTE	**No. CRP y FECHA:** 4926 de 23/07/2026	**VALOR: $** 6.750.000,00 MCTE

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

No. de Póliza		**Aseguradora:**	
Anexo No. 0 560-47-994000196672		Aseguradora Solidaria de Colombia	
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
CUMPLIMIENTO	15/01/2026	01/02/2027	$ 2.025.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	15/01/2026	01/02/2027	$ 2.025.000,00

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

No. de Póliza		**Aseguradora:**	
Anexo No. 0 560-47-994000196672 (anexo 3)		Aseguradora Solidaria de Colombia	
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
CUMPLIMIENTO	15/01/2026	01/05/2027	$ 2.700.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	15/01/2026	01/05/2027	$ 2.700.000,00

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO	Se realiza modificatorio No. 01 al contrato de prestación de servicios No. 025-ARC-DISAN-2026 con el fin de adicionar al valor del contrato la suma SEIS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 6.750.000,00 M/CTE) y prorrogar su plazo de ejecución hasta el día 31-12-2026.
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	N/A

ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	Valor total del contrato (Incluida adiciones)	$ 27.000.000,00
	Valor total tramitado para pago	$ 18.000.000,00
	Saldo del contrato	$ 9.000.000,00
	Porcentaje de Ejecución:	66,67%

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: 6029325030	Entidad: SALUD TOTAL Fecha de pago: 26/08/2026 Valor: $ 218.900
No. de Planilla de Pensión: 6029325030	Entidad: COLFONDOS Fecha de pago: 26/08/2026 Valor: $ 280.200
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: 6029325030	Entidad: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Fecha de pago: 26/08/2026 Valor: $ 9.200

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
1	Apoyar y adelantar las actividades correspondientes a las etapas precontractual, contractual y pos contractual que requiera el área de contratos.			x		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
2	Apoyar en las respuestas de los plazos requeridos al área de contratos por los diferentes entes de control, así como recopilar y revisar los datos e información pertinentes para presentar los informes y estadísticas solicitadas por las diferentes entidades.			x		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
3	Apoyar la orientación y capacitación del manejo de la ejecución contractual a los supervisores en relación con el manejo plataforma de SECOP II en el tema de ejecución.			x		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

4	Entregar la documentación generada en los contratos, de conformidad a la Ley 594 de 2000 "por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones".			x		La 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.** 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	DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE.			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	$ 2.250.000,00 M/CTE.			

SUPERVISOR – DEPENDENCIA	
NOMBRE: NATALIA RUIZ MAHECHA	
CARGO: LÍDER DE CONTRATOS	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.**