| | | |
|---|---|---|
| | **ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL** | |
| | **GESTION CONTRACTUAL** | |
| | **ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL** | |
| | **Versión: 3.0** | **Fecha :**25-06-2013 |

**Acta N° 005 Correspondiente al periodo comprendido del 01 al 31 de mayo de 2026**

| **DIRECCION DE SANIDAD NAVAL** | |
|---|---|
| **Fecha** | 31 mayo 2026 |
| **Contrato, Orden o convenio Nº** | 032-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026 |
| **Contratista** | LADY VALENTINA PORTOCARRERO PLAZA |
| **Identificación (Cedula o Nit)** | C.C. 1.111.817.066 EXPEDIDA EN BUENAVENTURA, VALLE DEL CAUCA |
| **Objeto** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO MÉDICO GENERAL PARA EL AREA DE CONSULTA EXTERNA Y ATENCIÓN PRIORITARIA DEL DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BUENAVENTURA |
| **Valor Total del Contrato** | TREINTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL PESOS ($34.560.000) |
| **Plazo de Ejecución** | 31 de octubre 2026 |
| **Forma y Condiciones de Pago** | PAGO PARCIALES DE ACUERDO A HORAS MENSUALES PRESTADAS |
| **Número de la factura** | 005 |
| **Valor de la Factura** | $ 2.848.000 |
| **Saldo del contrato** | $ 22.432.000 saldo contrato y 35.09% de ejecución |
| **No CDP** | N° 7926-28-01-2026 |
| **No CRP** | N° 4426-29-01-2026 |

| **CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ITEM** | **DESCRIPCION** | **CANTIDAD** | **MARCA** | **ORDEN PEDIDO Nº** | **VALOR** |
| | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **ESM** | | | | | |
| **Observaciones** | Con fundamento en lo anterior, la suscrita supervisora del contrato **032-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026** manifiesta que el contratista **LADY VALENTINA PORTOCARRERO PLAZA,** 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** | **No. FACTURA** | **FECHA FACTURA** | **VALOR FACTURA** | **DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS** | **VALOR DIFERENCIA** | **VALOR TOTAL PAGO** |
| | 005 | 31/05/2026 | $ 2.848.000 | 89 HORAS X $32.000,00 VALOR HORA MEDICO GENERAL | N/A | $ 2.848.000 |
| **Observaciones** | Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato **032-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026** manifiesta que el contratista **LADY VALENTINA PORTOCARRERO PLAZA,** 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. | | | | | |

Certificado de cumplimiento de seguridad social correspondiente al mes de mayo 2026 Planilla No. 9503487438

**SUPERVISORA DEL CONTRATO No 009-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026**
**TK HERNANDEZ PEREZ KELLY JOHANA**
**Kelly.hernandez@armada.mil.co**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **ARMADA NACIONAL**<br>**DIRECCIÒN DE SANIDAD NAVAL** | | |
| | **PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL** | | |
| | **INFORME DE SUPERVISIÓN PRESTACIÓN SERVICIOS PERSONA NATURAL** | | |
| | **Versión 1.0** | **Fecha: 15/02/2022** | **Página 1 de 3** |

| **DATOS DEL INFORME** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de presentación: 28/02/2026** | **Nombre del Contratista: LADY VALENTINA PORTOCARRERO PLAZA** | | | | **No. Contrato:** 032-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026 |
| **Periodo del informe:** | **Desde el:** | **01/05/2026** | **Hasta el:** | **31/05/2026** | |
| **Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO MÉDICO GENERAL PARA EL AREA DE CONSULTA EXTERNA Y ATENCIÓN PRIORITARIA DEL DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BUENAVENTURA** | | | | | |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO** | | | | | |
| **Fecha de suscripción** | 29/01/2026 | | | | |
| **Fecha de Iniciación- Inicio** | 06/02/2026 | | | | |
| **Plazo del contrato** | 09 MESES | | | | |
| **Fecha de Terminación** | 31 OCTUBRE 2026 | | | | |
| **Fecha de terminación final (incluir prórrogas)** | | | | | |
| **Valor Inicial del contrato** | $34.560.000,00 | | | | |
| **No. CDP y FECHA:** CDP 7926 DE 28-01-2026 | **VALOR:** $34.560.000,00 | | **No. CRP y FECHA:** CRP 4426 DE 29-01-2026 | | **VALOR:** $34.560.000,00 |
| **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 4546101037002 (Calidad y Cumplimiento) – 1008630 (Responsabilidad Civil)** | | **Aseguradora: Seguros del estado** | | |
| | **AMPAROS** | **VIGENCIA** | | | **VALOR ASEGURADO** |
| | Calidad y Cumplimiento | 01/02/2026 | 28/02/2027 | | $6,912,000.00 |
| | Responsabilidad Civil | 03/02/2026 | 03/02/2027 | | $500,000,000.00 |
| **GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO** | **No. de Póliza Anexo No. 1** | | **Aseguradora:** | | |
| | **AMPAROS** | **VIGENCIA** | | | **VALOR ASEGURADO** |
| | - | - | - | | - |
| | - | - | - | | - |
| **MODIFICATORIOS DEL CONTRATO** | | | | | |
| **TERMINACIÓN ANTICIPADA:** | N/A | | | | |
| **ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO** | **Valor total del contrato (Incluida adiciones)** | $34.560.000 | | | |
| | **Valor total tramitado para pago** | $ 12.128.000 | | | |
| | **Saldo del contrato** | $ 22.432.000 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **Porcentaje de Ejecución:** | **35.09%** |

| **APORTES A SEGURIDAD SOCIAL** | |
|---|---|
| **No. de Planilla de Salud:**<br>9503487438 | Entidad: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD<br>Fecha de pago: 21/05/2026<br>Valor: $218.900 |
| **No. de Planilla de Pensión:**<br>9503487438 | Entidad: COLPENSIONES<br>Fecha de pago: 21/05/2026<br>Valor: $280.200 |
| **No. de Planilla de Riesgos Profesionales:**<br>9503487438 | Entidad: COLMENA<br>Fecha de pago: 21/05/2026<br>Valor: $9.200 |

**CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES**

| No. | DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN | DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN | DEFICIENTE | A MEJORAR | SATISFACTORI | SOBRESALIEN | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Realizar Consulta por la especialidad de Medicina general apoyo al proceso del Modelo de Atención Integral en Salud | Se verifica el desarrollo de las consultas, en el reporte estadístico donde se evidencia las consultas realizadas | | | | x | La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual |
| 2 | Diligenciar adecuadamente la Historia clínica de los pacientes, así como las descripciones de los procedimientos, diagnósticos, tratamientos instaurados código CIE 10 | Se verificó en la auditoria de las historias clínicas | | | | x | La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual |
| 4 | Ordenar los exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico que sean necesarios para el tratamiento de los pacientes del Dispensario Médico nivel II Buenaventura | Se verificó diario el diligenciamiento de los formatos de los procedimientos | | | | x | La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual |

**CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO** | EL SUPERVISORA CERTIFICA QUE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS AL CONTRATISTA, FUERON EJECUTADAS A SATISFACCIÓN Y DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO 032-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. | | | | |
| **AUTORIZACIÒN PAGO** | **PERIODO A PAGAR** | **DESDE EL** | 01/05/2026 | **HASTA EL** | 31/05/2026 |
| | VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en Letras) | DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL PESOS | | | |
| | VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en números) | $ 2.848.000 | | | |

| | |
|---|---|
| **SUPERVISORA – DEPENDENCIA** | TK. Hernandez Perez Kelly<br>MEDICO MILITAR<br>R.M. T.102.876/432 |
| **NOMBRE: TK HERNANDEZ PEREZ KELLY JOHANA** | |
| **CARGO: MEDICO MILITAR** | **FIRMA** |
| | |

| | |
|---|---|
| **DOCUMENTO SOPORTES** | **1. Solicitud de pago.**<br>**2. Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales).**<br>**3. Informe de supervisión y cumplimiento del Contratista.** |