	ARMADA NACIONAL DE COLOMBIA DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL		
	PROCESO GESTIÓN RECURSOS FINANCIEROS		
	LISTA DE CHEQUEO PARA TRAMITES DE PAGO		
	Versión: 15.0	Fecha: 31/08/2026	Página: 1 de 1

CONTRATOS DE SERVICIOS MÉDICOS

IPS: **No. CTO:**

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN SOFTWARE AUDITORIA (Marque con una X)
1	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
ITEM	**DOCUMENTO**	**VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)**
2	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR 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 MEDICAS	
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SECOP (Marque con una X)**
7	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
8	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
9	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
10	PÓLIZA DE GARANTÍA	
11	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
12	COPIA 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 TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

CONTRATOS DE PROVEEDORES (BIENES Y SERVICIOS)

CONTRATISTA: **No. CTO:**

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 CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
5	ENTRADA DE BIENES DEL ALMACEN	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SECOP (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 SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
9	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
10	PÓLIZA DE GARANTÍA	
11	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
12	COPIA DEL CONTRATO	
13	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	

OBSERVACIONES:

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS **FIRMA SUPERVISOR**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

PAGOS DE CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS

CONTRATISTA: CAROLINA BERNAL GUTIERREZ **No. CTO: 126-ARC-DISAN-DMBOG-2026**

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA O SECOP (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)	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SECOP (Marque con una X)**
7	OFICIO CERTIFICACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE RENTA	
8	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
9	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
10	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
11	PÓLIZA DE GARANTÍA	
12	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
13	COPIA DEL CONTRATO	
14	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	
15	CERTIFICADO DE AFILIACION SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENSION Y ARL)	
16	DECLARACION JURAMENTADA Y SOPORTES	

OBSERVACIONES:

CC DIANA PATRICIA CASTAÑO CHARRY **FIRMA SUPERVISOR**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

PAGOS RESOLUCIÓN SERVICIOS MEDICOS - ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO - CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS - ENTIDADES ASEGURADORAS.

ENTIDAD: **No. FACTURA:**

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN SOFTWARE AUDITORIA (Marque con una X)
1	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
ITEM	**DOCUMENTO**	**VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)**
2	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
3	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
4	RESOLUCIÓN DE ORDENAMIENTO DE PAGO	
5	INFORME DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS PARA EL CASO DE SERVICIOS MEDICOS	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SECOP (Marque con una X)**
6	REPORTE SIIF 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 TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

PAGO VIÁTICOS

FUNCIONARIO: **No. CÉDULA:**

No. RESOLUCIÓN:

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	RESOLUCIÓN POR LA CUAL SE DESTINA LA COMISIÓN PERSONAL CIVIL	
4	RESOLUCIÓN DE ORDENAMIENTO DE PAGO	
5	CUMPLIDO DE COMISIÓN	
6	FORMATO LIQUIDACIÓN VIATICOS	
7	REPORTE SIIF 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 TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

PAGO SERVICIOS PÚBLICOS

ENTIDAD **No. FACTURA:**

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	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
4	PLANILLA RESUMEN RELACIÓN DETALLADA DE SERVICIOS DE ENERGÍA O LÍNEAS DE SERVICIOS DE TELEFONOS DE LA DISAN O ESM	
5	FACTURA SERVICIOS PÚBLICOS	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA **FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **FIRMA AREA DE CONTABILIDAD**

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

Acta Nº 001 Correspondiente al mes de AGOSTO de 2026

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	31 DE AGOSTO DE 2026
Contrato, Orden o convenio Nº	126-ARC-DISAN-DMBOG-2026
Contratista	CAROLINA BERNAL GUTIERREZ
Identificación (Cedula o Nit)	1.015.474.858
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL, PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ Y SUS SATÉLITES, CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.
Valor Total del Contrato	VEINTICINCO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 25.600.000,00 M/CTE)
Plazo de Ejecución	31 DE DICIEMBRE DE 2026 Y/O HASTA AGOSTAR PRESUPUESTO.
Forma y Condiciones de Pago	FORMA DE PAGO MENSUAL DE ACUERDO CON CLAUSULA CUARTA DEL CONTRATO 126-ARC-DISAN-DMBOG-2026
Número de la factura	001
Valor de la Factura	$ 1.440.000,00
Saldo del contrato	$24.160.000,00 5,63% ejecutado
No CDP	16226 22/07/2026
No RP	15026 21/08/2026

CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO					
ITEM	**DESCRIPCION**	**CANTIDAD**	**MARCA**	**ORDEN PEDIDO Nº**	**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	**No. FACTURA**	**FECHA FACTURA**	**VALOR FACTURA**	**DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS**	**VALOR DIFERENCIA**	**VALOR TOTAL PAGO**
	001	31/08/2026	$1.440.000,00	SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL	0	$1.440.000,00
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato No. 126-ARC-DISAN-DMBOG-2026, manifiesta que el contratista CAROLINA BERNAL GUTIERREZ, 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 agosto 2026 fueron 45 horas.					

Certificado de Cumplimiento Aportes Parafiscales firmado por el Representante Legal o Revisor Fiscal no se anexa por ser primera cuenta.



Capitán de Corbeta DIANA PATRICIA CASTAÑO CHARRY
Supervisor Contrato N° 126-ARC-DISAN-DMBOG- 2026

DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: 31 DE AGOSTO DE 2026	**Nombre del Contratista: CAROLINA BERNAL GUTIERREZ**				**No. Contrato: 126-ARC-DISAN-DMBOG-2026**
Periodo del informe:	**Desde el :**	**24 DE AGOSTO DE 2026**	**Hasta el:**	**31 DE AGOSTO DE 2026**	
Objeto del contrato:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL, PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ Y SUS SATÉLITES, CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.					

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO					
Fecha de suscripción	24 DE AGOSTO DE 2026				
Fecha de Iniciación- Inicio	24 DE AGOSTO DE 2026				
Plazo del contrato	CINCO (05) MESES				
Fecha de Terminación	31 DE DICIEMBRE DE 2026 Y/O HASTA AGOSTAR PRESUPUESTO.				
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)					
Valor Inicial del contrato	VEINTICINCO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 25.600.000,00 M/CTE).				
No. CDP y FECHA: 16226 22/07/2026	**VALOR:** $ 25.600.000,00		**No. CRP y FECHA:** 15026 21/08/2026		**VALOR:** $ 25.600.000,00
Valor total del contrato (incluido valor adición)					
No. CDP y FECHA: (Cuando se genera una adición presupuestal se actualiza los CDP y RP en valor y tiempo).	**VALOR:**		**No. CRP y FECHA:**		**VALOR:**

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza** 11-03-101029919 **Anexo No. 0**		**Aseguradora:** SEGUROS DEL ESTADO S.A	
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
	RESPONSABILIDAD CIVIL	21/08/2026	31/12/2026	$350.181.000,00

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)	
STADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	$25.600.000,00
	Valor total tramitado para pago	$1.440.000,00
	Saldo del contrato	$24.160.000,00

	Porcentaje de Ejecución:	**5,63%**

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: NO APLICA POR SER PRIMER PAGO	**Entidad:** **Fecha de pago:** **Valor:** $
No. de Planilla de Pensión: NO APLICA POR SER PRIMER PAGO	**Entidad:** **Fecha de pago:** **Valor:** $
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: NO APLICA POR SER PRIMER PAGO	**Entidad:** **Fecha de pago:** **Valor:** $

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN (Registrar cada una de las obligaciones específicas contratadas)	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES (Registrar en esta columna las observaciones realizadas a la actividad)
1	El contratista se compromete a realizar la valoración y evaluación de pacientes e intervención terapéutica como médico general, a los usuarios del centro de medicina naval.			**x**		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
2	El contratista se compromete a realizar la planeación y el seguimiento a los tratamientos de los usuarios que presenten patologías nuevas o crónicas.			**x**		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
3	El contratista prestará sus servicios a los usuarios, ya sea en las instalaciones del DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ de forma ambulatoria, domiciliaria o extramural, según necesidad del servicio y requerimiento del supervisor, a todos los usuarios del SSFFMM.			**x**		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
4	El contratista se obliga a actuar en los procesos de vigilancia frente al reconocimiento temprano de las patologías, siendo oportuno en la detección de los casos que requieren atención y acompañamiento interdisciplinar, para ello, el contratista tendrá en cuenta a pacientes con patologías crónicas.			**x**		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
5	Efectuar la prestación del servicio como MÉDICO GENERAL desde la ejecución de contrato realizando atención asistencial y/o administrativa para el Modelo de Atención en Salud “MATIS”.			**x**		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
6	Realizar la consulta en forma oportuna y eficaz, de manera integral acorde al Modelo de Atención integral en Salud y Rutas Integrales en Salud en curso.			**x**		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
7	Brindar apoyo y orientación en la consulta de medicina general, modelo de “atención asistida” con el registro de nota en historia clínica, con registros de evaluación de riesgos, orientado diagnósticos, planes terapéuticos y estudios complementarios.					No fue requerido en el mes de agosto.
8	Realizar en forma oportuna y eficaz los formatos de Comités Técnico Científicos en forma adecuada y cumpliendo con las directrices de la institución en cuanto a la formulación de medicamentos.					No fue requerido en el mes de agosto.
9	Diligenciar las matrices de intervención según el riesgo y analizar la información generada en las encuestas o ficha familiar y/o en consulta externa, realizando el seguimiento con notas de historia Clínica y aclaratoria					No fue requerido en el mes de agosto.

	cumpliendo la normatividad vigente y en la WEB plataforma de información de la entidad.					
10	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 al interior del mismo, así como los procesos de gestión de calidad, que sean ordenados por parte de la Dirección o la Subdirección de Servicios Asistenciales del Centro de Medicina Naval.			**x**		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
11	Efectuar la consulta relacionada efectuar adecuadamente las remisiones a los diferentes servicios del HOMIL cuando por la condición de salud del paciente sea necesario.			**x**		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
12	Diligenciar adecuadamente la historia clínica de los pacientes, así como las descripciones de los procedimientos, y los respectivos cargues de documentos que se requiera.			**x**		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
13	Velar por la custodia de las historias clínicas.			**x**		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
14	Velar por el cuidado y la respuesta terapéutica de los pacientes.			**x**		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
15	Orientar a la Subdirección Asistencial sobre el manejo y las necesidades de los pacientes.					No fue requerido en el mes de agosto.
16	Apoyar con actualización de guías de manejo.					No fue requerido en el mes de agosto.
17	Las demás obligaciones que se encuentren relacionadas con el objeto contratado.			**x**		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
18	Cuando las circunstancias lo requieran y como última instancia, se le obliga a prestar asistencia durante traslados medicalizados en ambulancia, cumpliendo estrictamente con los protocolos de seguridad y atención establecidos por la entidad contratante y la normativa vigente en materia de transporte sanitario. Dicha obligación será considerada parte integral de las funciones contratadas, sin perjuicio de la remuneración pactada en el presente contrato.					No fue requerido en el mes de agosto.
19	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**		La contratista cumple con la vigencia de las garantías

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. No se anexan Comprobantes de pago por ser primer pago.				
AUTORIZACIÓN PAGO	**PERIODO A PAGAR**	**DESDE EL**	24/08/2026	**HASTA EL**	31/08/2026
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en Letras)	UN MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en números)	**$** 1.440.000,00			

SUPERVISOR – DEPENDENCIA	
NOMBRE: CC DIANA PATRICIA CASTAÑO CHARRY	
CARGO: SUPERVISOR CONTRATO 126-ARC-DISAN-DMBOG-2026	**FIRMA**

DOCUMENTOS SOPORTES	**1. Lista de chequeo para tramites de pago.** **2. Solicitud de pago.** **3. Informe de supervisión y cumplimiento del Contratista.** **4. Acta satisfacción parcial.** **5. Modelo declaración juramentada.** **6. Formato Certificación Trabajadores Independientes 2026.** **7. Certificado ARL.**