ARMADA NACIONAL DE COLOMBIA
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL

PROCESO GESTIÓN RECURSOS FINANCIEROS

LISTA DE CHEQUEO PARA TRAMITES DE PAGO

Versión: 9.0	Fecha: 24/01/2024	Página: 1 de 1

CONTRATOS DE SERVICIOS MEDICOS

IPS: **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	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)**
6	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
7	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
8	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
9	PÓLIZA DE GARANTÍA	
10	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
11	COPIA DEL CONTRATO	
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	

OBSERVACIONES:

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS **SUPERVISOR**

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

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **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 **SUPERVISOR**

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

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE **ÁREA DE CONTABILIDAD**

PAGOS DE CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS

CONTRATISTA: YIRA PIÑEROS HURTADO **No. CTO: 016-ARC-DISAN-REPAC-D MBH M-2025**

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	X
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE DE SOLICITUD DE PAGO	X
5	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	X
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Verificar por parte del Supervisor del contrato en SISPRO)	X
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SECOP (Marque con una X)**
7	OFICIO CERTIFICACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE RENTA	X
8	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	X
9	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
10	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
11	PÓLIZA DE GARANTÍA	X
12	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
13	COPIA DEL CONTRATO	X
14	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	X

OBSERVACIONES:

TK SIERRA CAUSIL MARIA ANGELICA

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS **SUPERVISOR**

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

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

PAGOS RESOLUCIÓN SERVICIOS MEDICOS - ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO - CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS - ENTIDADES ASEGURADORAS.		
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	RESOLUCIÓN DE ORDENAMIENTO DE PAGO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
5	INFORME DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS PARA EL CASO DE SERVICIOS MEDICOS	
6	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
7	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
8	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS — **USUARIO RESPONSABLE TRAMITE**

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

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — **ÁREA 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 VIÁTICOS	
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 — **ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — **ÁREA DE CONTABILIDAD**

PAGO SERVICIOS PÚBLICOS		
ENTIDAD _____		**No. FACTURA:**
ITEM	**DOCUMENTO**	**VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)**
5	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
1	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
2	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
3	PLANILLA RESUMEN RELACIÓN DETALLADA DE SERVICIOS DE ENERGÍA O LÍNEAS DE SERVICIOS DE TELEFONOS DE LA DISAN O ESM	
4	FACTURA SERVICIOS PÚBLICOS	

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

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

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

Acta Nª 002 orrespondiente al periodo comprendido del 01 al 28 Febrero 2026

DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	28 de febrero 2026
Contrato, Orden o convenio N°	021-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026
Contratista	YIRA ISMELDA PIÑEROS HURTADO
Identificación (Cedula o Nit)	C.C. 66.731.800 de Buenaventura- Valle del Cauca
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO FONOAUDIOLOGA PARALA REGIONAL PACIFICO
Valor Total del Contrato	VEINTISIETE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($ 27.554.688,00)
Plazo de Ejecución	31 diciembre 2025
Forma y Condiciones de Pago	PAGO PARCIALES DE ACUERDO CON HORAS MENSUALES PRESTADAS
Número de la factura	002
Valor de la Factura	$ 3,120,000,00
Saldo del contrato	$22,874,688,00 SALDO CONTRATO Y 17% DE EJECUCIÓN
No CDP	N°2826 2026/01/16
No CRP	N°3326 2026/01/16

CARACTERÍSTICAS DEL BIEN RECIBIDO					
ITEM	**DESCRIPCIÓN**	**CANTIDAD**	**MARCA**	**ORDEN PEDIDO N.º**	**VALOR**
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, la suscrita supervisora del contrato No 021-ARC-DISAN-REPAC- DMBHM-2026 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.				

CARACTERÍSTICAS DE LA OBRA O SERVICIO RECIBIDO						
Descripción	Especifique el servicio prestado y el número de la orden de servicio.					
	No. FACTURA	**FECHA FACTURA**	**VALOR FACTURA**	**DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS**	**VALOR DIFERENCIA**	**VALOR TOTAL PAGO**
	002	28/02/2025	$3,120,000,00	160 HORAS X 19.500 Consulta externa	N/A	$3,120,000,00
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato manifiesta que el contratista, cumplió con las obligaciones adquiridas y derivadas del contrato, y dentro del término otorgado para tal fin.					

Certificado de cumplimiento de seguridad social N°9498027559 del mes de ENERO de 2026.

TK SIERRA CAUSIL MARIA ANGELICA
SUPERVISORA DEL CONTRATO 021-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026

DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: 28/02/2026	**Nombre del Contratista: YIRA ISMELDA PIÑEROS HURTADO**				**No. Contrato 021-ARC- DISAN-REPAC-DMBHM-2026**
Periodo del informe:	**Desde el: 01/02/2026**		**Hasta el:**	**28/02/2026**	
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO FONOAUDIOLOGA PARA LA REGIONAL PACIFICO					
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO					
Fecha de suscripción	**13/01/2026**				
Fecha de Iniciación- Inicio	**13/01/2026**				
Plazo del contrato	**02 MESES**				
Fecha de Terminación	**13 DE NOVIEMBRE DEL 2026**				
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)					
Valor Inicial del contrato	**TREINTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS CON M/CTE ($ 31.200.000,00)**				
No. CDP y FECHA: N°2826 2026/01/16	**VALOR: $ 31.200.000,00**	**No. CRP y FECHA:** N°3326 2026/01/16		**VALOR: $ 31.200.000,00**	
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 Nº CT-100005788 (calidad y cumplimiento) N° 1008595 (responsabilidad civil)**		**Aseguradora: COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS – PREVISORA SEGUROS**		
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**	
	CALIDAD Y CUMPLIMIENTO	19/01/2026	19/01/2027	$ 11.021.875	
	RESPONSABILIDAD CIVIL	19/01/2026	19/01/2027	$ 400.000.000	
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza Anexo No. 1**		**Aseguradora:**		
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**	
	N/A	N/A	N/A	N/A	
	N/A	N/A	N/A	N/A	
MODIFICATORIOS DEL CONTRATO					
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	**N/A**				
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**		**$ 00**		
	Valor total tramitado para pago		**$** 3,120,000,00		
	Saldo del contrato		**$** 31.200.00,00		
	Porcentaje de Ejecución:		**15%**		

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: 9498027559	Entidad: **NUEVA EPS** Valor: **$ 220,200** **FECHA: 2025/02/03**
No. de Planilla de Pensión: 9498027559	Entidad: **COLPENSIONES** Valor: **$281,900** **FECHA:** **2025/02/03**
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. 9498027559	Entidad: **ARL POSITIVA** Valor: **$43,000** **FECHA:** **2025/02/03**

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
	Se realizó consulta acuerdo agenda programada	Se realiza verificación del agendamiento en el sistema SALUD.SIS y de diligenciamiento de la historia clínica en mencionado sistema.				X	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.
	Se realizó control de pacientes de acuerdo al ciclo de vida, referente a los lineamientos de MATIS	Se realiza verificación del agendamiento en el sistema SALUD.SIS y de diligenciamiento de la historia clínica en mencionado sistema.				X	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.
	Se realizó consulta externa en las distintas poblaciones, pacientes en programa de rehabilitación.	Se realiza verificación del agendamiento en el sistema SALUD.SIS y de diligenciamiento de la historia clínica en mencionado sistema.				X	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.
	Se realizó participación en charlas, talleres y procesos educativos, asi como en eventos de interés en salud pública y actividades vinculadas con institución	El suscrito supervisor del contrato, realizó seguimiento permanente a tales actividades.				X	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.

	Cumplimiento con los programas de bioseguridad.	El suscrito supervisor del contrato, realizó seguimiento permanente a tales actividades.				**X**	El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO						
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	**LA SUPERVISORA CERTIFICA QUE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS AL CONTRATISTA, FUERON EJECUTADAS A SATISFACCIÓN Y DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO Nº 016-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2025**					
	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					
AUTORIZACIÒN PAGO	**PERIODO A PAGAR**	**DESDE EL**	**01/02/2026**	**HASTA EL**	**28/02/2026**	
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	**TRES MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESOS M/CTE**				
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	**$** 3,120,000,00				

SUPERVISORA – DEPENDENCIA	
NOMBRE: TK SIERRA CAUSIL MARIA ANGELICA	
CARGO: PSICOLOGA	**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**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 66731800		YIRA ISMELDA PIÑEROS HURTADO	INDEPENDIENTE	Principal	cra 56 # 4 -50	BUENAVENTURA-VALLE	3187946976	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	56763904	9498027559	I	2026/02/03	2026/02/12	BANCO DAVIVIENDA	9	$545,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Ciudad: BUENAVENTURA Depto: VALLE (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC	66731800	PIÑEROS YIRA								X									25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,700	$0	$281,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$1,700	$0	$281,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$300	$0	$43,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$300	$0	$43,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,300	$0	$220,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$1,300	$0	$220,200
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$3,300**	**$0**	**$545,100**