SIIF Nación

Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante

Usuario Solicitante: MHkrosania KATTY DE JESUS ROSANIA CASTRO
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II
Fecha y Hora Sistema: 2026-08-05-12:03 p. m.

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	301633426	Fecha Registro:	2026-08-03	Unidad / Subunidad ejecutora:	15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA				
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Pagada	Nro Obligación:	44726	Comprobante Contable de la Generación:			
Fecha Máxima Pago:	2026-08-05	Código de Referencia:		04500739800301633426	Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00	
Valor Bruto:	1.950.000,00	Valor Deducciones:		24.375,00	Valor Neto:	1.925.625,00	Saldo x Pagar:	0,00	

VALORES PAGADOS

TRM Pago		Valor Bruto	1.950.000,00	Valor Deducciones	24.375,00	Valor Neto	1.925.625,00	Moneda Base Compra		Valor MBC	

REINTEGROS

Números				No Recaudo:	
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	Reintegrado Deducciones Pesos:	0,00	Reintegrado Neto Pesos:	0,00
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	Reintegrado Deducciones Moneda:	0,00	Reintegrado Neto Moneda:	0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

Identificación:	1002212793	Razón Social:	NATALY MARIA RAMIREZ MENESES	Medio de Pago:	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	76776311215	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo:	Ahorro	Estado:	Activa

TESORERIA	DOCUMENTO SOPORTE				
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN	Número:	CTO 068 DMBAQ 2026	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION	Fecha: 2026-08-03

Tipo Beneficiario Pago: 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS

DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA / A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES												
	Nación	16	SSF	1.950.000,00	0,00	1.950.000,00				Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES		TERCERO		TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR REINTEGRADO
2-01-05-01-97	RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	860525148	FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.	1,250 %	24.375,00	24.375,00	

LINEAS DE PAGO VINCULADA

DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
15-01-11-095 - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA	4-2 - ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-08-03	1.950.000,00	05 NINGUNO	Pagada

Katty Rosania Castro.

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

	ARMADA NACIONAL DE COLOMBIA DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL	
	PROCESO GESTION RECURSOS FINANCIEROS	
	LISTA DE CHEQUEO PARA TRAMITES DE PAGO	
	Versión: 14.0	Fecha: 04/05/2026 — Página: 1 de 1

CONTRATOS DE SERVICIOS MÉDICOS

IPS:		No. CTO:

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
2	OBLIGACION DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
3	FORMATO "TRAMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
4	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISION QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
5	INFORME DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	
6	SOPORTES DEL ULTIMO 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 SIF NACION REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
9	APROBACIÓN DE GARANTIA UNICA	
10	POLIZA DE GARANTIA	
11	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
12	COPIA DEL CONTRATO	
13	REGISTRO UNICO 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	OBLIGACION DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRAMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISION 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 ULTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
7	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
8	REPORTE SIF NACION REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
9	APROBACION DE GARANTIA UNICA	
10	POLIZA DE GARANTIA	
11	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
12	COPIA DEL CONTRATO	
13	REGISTRO UNICO 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 CPS

CONTRATISTA:		No. CTO:

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA O SECOP (Marque con una X)
1	OBLIGACION DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRAMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISION 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 ULTIMO 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 CERTIFICACION TRABAJADORES INDEPENDIENTES CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE RENTA	
8	CERTIFICACION BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
9	REPORTE SIF NACION REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
10	APROBACION DE GARANTIA UNICA	
11	POLIZA DE GARANTIA	
12	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
13	COPIA DEL CONTRATO	
14	REGISTRO UNICO TRIBUTARIO	
15	CERTIFICADO DE AFILIACION SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENSION Y ARL)	
16	DECLARACION JURAMENTADA Y SOPORTES	
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 RESOLUCIÓN SERVICIOS MEDICOS - ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO - CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS - ENTIDADES ASEGURADORAS.

ENTIDAD:		No. FACTURA:

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACION DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRAMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	RESOLUCION 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 SIF NACION 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	OBLIGACION DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRAMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	RESOLUCION POR LA CUAL SE DESTINA LA COMISIÓN PERSONAL CIVIL	

4	RESOLUCION 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 — FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

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

PAGO SERVICIOS PÚBLICOS

ENTIDAD _____ No. FACTURA:

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACION FISICA (Marque con una X)
0	OBLIGACION DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
1	FORMATO "TRAMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
2	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
3	PLANILLA RESUMEN RELACION DETALLADA DE SERVICIOS DE ENERGÍA O LÍNEAS DE SERVICIOS DE TELEFONOS DE LA DISAN O ESM	
4	FACTURA SERVICIOS PUBLICOS	

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

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

SIIF Nación

Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHkvmunoz KATHERIN VERONICA MUNOZ PABON

Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA

Fecha y Hora Sistema: 2026-08-03-8:58 a. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

Numero:	44726	**Fecha Registro:**	2026-08-03	**Unidad / Subunidad ejecutora:**		15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generada	**Requiere DIP:**	No	**Tipo de DIP:**		**Nro. Compromiso:**	11626
Valor Inicial:	1.950.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	1.950.000,00	**Saldo x Ordenar:**	1.950.000,00
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda Original:**	0,00			**Valor Actual Moneda Original:**	0,00	**Saldo x Ordenar Moneda Original:**	0,00
Valor Deducciones:	24.375,00	**Valor Neto:**	1.925.625,00			**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:**	5926
Valor Deducciones Moneda:	0,00	**Valor Neto Moneda:**	0,00			**Atributo Contable:**	05-NINGUNO	**Comprobante Contable:**	531317

TERCERO

Identificacion:	1002212793	**Razon Social:**	NATALY MARIA RAMIREZ MENESES	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Numero:	76776311215	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

CUENTA X PAGAR

Numero:		**Tipo:**	Adquisición de Servicios a Personas NO Declarantes	**Identificacion:**	

CAJA MENOR

Fecha de Registro:	

DOCUMENTO SOPORTE

Numero:	CTO 068 DMBAQ 2026	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES	**Fecha:**	2026-08-03

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS	Nación	16	SSF	05-NINGUNO					
						Total:	1.950.000,00	0,00	1.950.000,00	1.950.000,00

Objeto:	CTO 068 DMBAQ 2026 AUXILIAR DE ODONTOLOGÃA PARA EL DMBAQ PAGO MES DE JULIO

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
15-01-11-095 DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA	4-2 ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-08-03	Generada	1.950.000,00

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL

POSICION DEL CATALOGO DE PAGO	IDENTIFICACION	NOMBRE BENEFICIARIO	BASE GRAVABLE	TARIFA	VALOR DEDUCCION	SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR
2-01-05-01-97 RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	NIT 860525148	FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.	1.950.000,00	1,250 %	24.375,00	24.375,00

CONTABILIDAD

ORDENADOR DEL GASTO

ARMADA DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD NAVAL
PROCESO GESTION RECURSOS FINANCIEROS
COMPROBANTE TRAMITE DE PAGO PERSONA NATURAL

VERSION: 6.0	FECHA:29-05-2025	Página 1 de 1

ADQUIRENTE: DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL - NIT 901.433.263 - 7

FECHA DE ELABORACIÓN TRÁMITE	3	AGOSTO	2026
	DIA	MES	AÑO

CONSECUTIVO DOCUMENTO SOPORTE DIAN	AÑO 2026
	DIA / MES / AÑO
	3/08/2026

DOCUMENTO SOPORTE, EN ADQUISICIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS A SUJETOS NO OBLIGADOS A FACTURAR.
Artículo 1.6.1.4.12 del decreto 1625 de 2016, sustituido por el artículo 1 del decreto 358 de 2020.
Rango de Autorización de Numeración DIAN, mediante formulario No. 18764091550171 del (04) de (Abril) de (2025)
Rangos autorizados del 151 al 5000
Vigencia desde (04) de (Abril) de (2025) hasta (03) de (Abril) de (2027)
EL SIGUIENTE COMPROMISO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE LEY

No. CUENTA POR PAGAR SIIF	
No. OBLIGACIÓN SIIF	44726
No. OBLIGACIÓN SAP	

No. ORDEN DE PAGO SIIF NACIÓN	
No. DE PAGO SAP	

☐ OPS PRESTACION SERV TECNICOS O TECNOLOGICOS ☑ OPS PRESTACION SERV PROFES HONORARIOS

PROVEEDOR SUJETO A RETENCIÓN ☑ CON UVT ☐ SIN UVT

Nº CONTRATO:	088-ARC-DISAN-DMBAQ-2026
No. PÓLIZA:	320-74-994000038113
Nº CDP:	5926
Nº RP:	11626

PERIODO FACTURADO	DE:	3/07/2026
	A:	31/07/2026

FECHA INICIO	DE:	3/07/2026
FECHA TERMINO	A:	31/12/2026
INICIO ADICIÓN	DE:	
TERMINO ADICIÓN	A:	

CONTRATISTA Y/O BENEFICIARIO:	NATALY MARIA RAMIREZ MENESES
C.C.:	1.002.212.793
ACTIVIDAD ECONOMICA RUT:	8621
BANCO:	BANCOLOMBIA S.A.
No. DE CUENTA BANCARIA:	76776311215
TIPO DE CUENTA:	☑ AHORRO ☐ CORRIENTE
DIRECCION:	BARRANQUILLA
TELEFONO:	3396720
CIUDAD:	BARRANQUILLA

VALOR DEL CONTRATO:	$	12.792.000,00
VALOR ADICIÓN:		
VALOR TOTAL CONTRATO:	$	12.792.000,00
SALDO DEL CONTRATO:	$	10.842.000,00
EJECUCIÓN CONTRATO		15%

DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA DIRECTIVA DIR2016-036 DE FECHA 25 DE NOVIEMBRE DE 2016 POLITICA Y DISPOSICIONES DE ORDEN FINANCIERO PARA EL PAGO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y REGLAMENTARIAS Y CIRCULAR No. 08533/MDN-CGFM-DGSM-SAF-13 DE FECHA 31 DE MAYO DE 2017 LINEAMIENTOS DE ORDEN FINANCIERO PARA PAGO DE OBLIGACIONES SEGÚN NUMERAL 9.3 PAGO DE CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

HISTORICO DOCUMENTO EQUIVALENTE CONTABLE

NÚMERO TRÁMITE	FECHA	CONCEPTO	VALOR
1	31/07/2026	AUXILIAR ODONTOLOGIA 01–31 JULIO 2026	$ 1.950.000,00
		TOTAL TRAMITADO	$ 1.950.000,00

PERIODO FACTURADO

FECHA	CONCEPTO	VALOR
31/07/2026	AUXILIAR ODONTOLOGIA 01–31 JULIO 2026	$ 1.950.000,00

Salario Minimo	$	1.750.905	Valor UVT	$	52.374
2 SMLV	$	3.501.810	Tope IBC	$	43.772.625
Base pago de FSP	$	7.003.620	Total Pago	$	1.925.625

Rango en UVT		TOPES	Tarifa
Desde	Hasta		
0	95	$ -	0%
96	150	$ 5.027.904,00	19%
151	360	$ 7.908.474,00	28%
361	640	$ 18.907.014,00	33%

LIQUIDACIÓN CONTABILIDAD

OBSERVACIONES	☐ HONORARIOS ☐ SERVICIOS TECN	ITEMS			VALOR
		Aporte	Tarifa	Valor	
		VALOR IBC	SIN IBC		$ 1.950.000
		APORTE A SALUD		12,50%	
		APORTE A PENSION		16,00%	
		APORTE ARL		RIESGO 2	

REVISADO:	APORTES DEDUCIBLES		TOPE	APORTADO	TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL	$ -
	Depend.10% 32 UVT	SIN DEPENDIENTE	$ 1.675.968,00			-
	Int. Vivienda 100 UVT		$ 5.237.400,00			-
	Menos 25% Renta Exenta - 790 UVT *año		$ 3.447.955,00			487.500
	AFC y/o Ahorro 30% - 3800 uvt *año		$ 585.000,00			-
	Prepagada		$ 837.984,00			-

CONTABILIZADO: TASD. KATHERIN MUÑOZ PABON - AUXILIAR CONTABLE	RETEFUENTE		RETEICA		TOTAL DEDUCIBLES	$ 487.500
	Base Gravable	$ 1.950.000,00	Municipio	BARRANQUILLA	RETEFUENTE	-
	UVT	27,92	Tarifa	1,25	RETEICA	24.375
	Base Gravable - Renta Exenta	$ 1.462.500,00	Base Gravable	$ 1.950.000,00	PROESTAMPILLA	-
	Valor a cobrar	$ -	Valor a cobrar	$ 24.375	PRO-UNIVERSIDAD	-
	PROESTAMPILLA		PROUNIVERSIDAD			
	Base Gravable	$ -	Base Gravable	$ -		
	Tarifa		Tarifa		TOTAL DEDUCCIONES	$ 24.375
	Valor a cobrar	$ -	Valor a cobrar	$ -	NETO A GIRAR	$ 1.925.625,00

TESORERIA

TESORERO: OPS. KATTY DE JESUS ROSANIA CASTRO

Este documento debe ser elaborado por el adquiriente, y no es necesario que sea firmado por el prestador del servicio no obligado a facturar a quien se le hizo el pago.
CUALQUIER DUDA O RECLAMO CON REFERENCIA A ESTE PAGO [illegible] DE LA DIRECCION DE SANIDAD NAVAL TEL: 3278390 EXT 10467

DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: ***22/07/2026***	***Nombre del Contratista:*** *NATALY MARIA RAMIREZ MENESES*				***No. Contrato:*** ***068****-ARC-DISAN-DMBAQ-2026*
Periodo del informe:	***Desde el :***	***03/julio/2026***	***Hasta el:***	***31/julio/2026***	
Objeto del contrato: *"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA, PARA APOYO A LA GESTIÓN MISIONAL DEL DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BARRANQUILLA, EN FORMA INDEPENDIENTE Y CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, CON SUS PROPIOS MEDIOS, TODO ELLO DE ACUERDO CON LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN LA OFERTA Y EN LE ESTUDIO PREVIO"*					

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO			
Fecha de suscripción	*23/06/2026*		
Fecha de Iniciación- Inicio	*03/07/2026*		
Plazo del contrato	*06 meses*		
Fecha de Terminación	*31/12/2026*		
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)			
Valor Inicial del contrato	*DOCE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE ($12.792.000,00)*		
No. CDP y FECHA: *5926 fecha 09/01/2026*	***VALOR:*** *$12.792.000,00*	***No. CRP y FECHA:*** *11626 de fecha 07/02/2026*	***VALOR:*** *$12.792.000,00*
Valor total del contrato (incluido valor adición)			
No. CDP y FECHA:	***VALOR: $***	***No. CRP y FECHA:***	***VALOR: $***
No. CDP y FECHA:	***VALOR: $***	***No. CRP y FECHA:***	***VALOR: $***
No. CDP y FECHA:	***VALOR: $***	***No. CRP y FECHA:***	***VALOR: $***

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO				
	No. de Póliza Anexo No. 320-74-994000038113		***Aseguradora: Aseguradora:*** *ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA*	
	AMPAROS	***VIGENCIA***		***VALOR ASEGURADO***
	CALIDAD	*23/06/2026*	*30/04/2027*	*$ 1.279.200,00*
	CUMPLIMIENTO	*23/06/2026*	*30/04/2027*	*$1.279.200,00*

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

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	***No. de Póliza*** ***Anexo No. 320-74-994000016455***		***Aseguradora: Aseguradora:*** *ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA*	
	AMPAROS	***VIGENCIA***		***VALOR ASEGURADO***
	RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	*23/06/2026*	*31/12/2026*	*$175.090.500,00*
	No. de Póliza		***Aseguradora: Aseguradora:***	
	AMPAROS	***VIGENCIA***		***VALOR ASEGURADO***
	CALIDAD			
	CUMPLIMIENTO			
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	***No. de Póliza*** ***Anexo No.***		***Aseguradora: Aseguradora:***	
	AMPAROS	***VIGENCIA***		***VALOR ASEGURADO***
	CALIDAD			
	CUMPLIMIENTO			
MODIFICATORIOS DEL CONTRATO	***MODIFICATORIO 1*** ***PRORROGA Y ADICION***			
	MODIFICATORIO 2 ***PRORROGA Y ADICION***			
	MODIFICATORIO 3 ***REDUCCION VG2025***			
	MODIFICATORIO 4 ***SUSPENSIÓN DEL CONTRATO***			
	MODIFICATORIO 5 ***REACTIVACION, ADICION Y PRORROGA***			
TERMINACIÓN ANTICIPADA:				
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	***Valor total del contrato (Incluida adiciones)***		*$12.792.000,00*	

	Valor total tramitado para pago	*$1.950.000,00*
	Saldo del contrato	*$10.842.000,00*
	Porcentaje de Ejecución	***15.24%***

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: *9506938825*	*Entidad: NUEVA EPS* *Fecha de pago: 25/06/2026* *Valor: $ 218.900*
No. de Planilla de Pensión: *9506938825*	*Entidad: PORVENIR* *Fecha de pago: 25/06/2026* *Valor: $ 280.200*
0No. de Planilla de Riesgos Profesionales. *9506938825*	*Entidad: Positiva Compañía* *Fecha de pago: 25/06/2026* *Valor: $ 42.700*

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	***DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN***	***DEFICIENTE***	***A MEJORAR***	***SATISFACTORIO***	***SOBRESALIENTE***	***OBSERVACIONES***
1	*Prestación de servicios de apoyo a la gestión como auxiliar de odontología para coadyuvar en las actividades desarrolladas en el Dispensario Médico Nivel II Barranquilla.*			*x*		*El contratista cumple a satisfacción la obligación contratada y descrita.*
2	*Apoyar en la ejecución del Plan de Mantenimiento de acuerdo con las actividades que participa, en el área de su desempeño.*			*x*		*El contratista cumple a satisfacción la obligación contratada y descrita.*
3	*Velar por el uso adecuado de los recursos físicos en las actividades que participa, según el cumplimiento de los objeticos de la dependencia; así como adoptar las medidas para su conservación.*			*x*		*El contratista cumple a satisfacción la obligación contratada y descrita.*
4	*Apoyar el requerimiento de mantenimiento para la ejecución de la labor y velar por el correcto uso y conservación.*			*x*		*El contratista cumple a satisfacción la obligación contratada y descrita.*
5	*Efectuar la correcta limpieza y esterilización del instrumental a su cargo utilizando las medidas de bioseguridad.* *Mantener en orden el consultorio y limpios los equipos.*			*x*		*El contratista cumple a satisfacción la obligación contratada y descrita.*
6	*Asistir al profesional en la preparación de medicamentos y materiales de acuerdo a los protocolos.* *establecidos*			*x*		*El contratista cumple a satisfacción la obligación contratada y descrita.*

7	*Tomar las radiografías periapicales, oclusales y panorámicas, solicitadas por el profesional utilizando las medidas de bioseguridad acuerdo a la normatividad vigente.*			x		*El contratista cumple a satisfacción la obligación contratada y descrita.*
8	*Presentar mensualmente para el reconocimiento de los servicios prestados, copia legible de los pagos realizados al Sistema General de Seguridad Social Integral (Salud –Pensiones-Riesgos Profesionales), en calidad de cotizante cada mes vencido; así como todos y cada uno de los documentos que el DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BARRANQUILLA considere necesarios.*			x		*El contratista cumple a satisfacción la obligación contratada y descrita.*
9	*Mantener vigente durante todo el tiempo de ejecución del contrato la póliza de responsabilidad civil para el ejercicio de la profesión.*			x		*El contratista cumple a satisfacción la obligación contratada y descrita.*

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO					
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	***CUMPLIÓ CON LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS Y DERIVADAS DEL CONTRATO, DENTRO DEL TÉRMINO OTORGADO PARA TAL FIN Y NO HAY LUGAR A LA APLICACIÓN DE MULTAS, INDEMNIZACIONES O INTERESES EN SU CONTRA.*** ***EL CONTRATISTA REALIZO 150 HORAS DURANTE EL PERIODO DEL 01/07/2026 – 31/07/2026*** *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***	*01/07/2026*	***HASTA EL***	*31/07/2026*
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	*UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE*			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	*$1.950.000,00*			

SUPERVISOR – DEPENDENCIA	
NOMBRE: TN TORO CRUZ MÓNICA ALEXANDRA	
CARGO: SUPERVISOR CONTRATO NO. 068-ARC-DISAN-DMBAQ-2025	***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.** **4. Informe de actividades**

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL		
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL		
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS Y SOLICITUD DE PAGO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		
	Versión 1.0	**Fecha: 20/02/2023**	**Página 1 de 2**

Barranquilla, 31 de JULIO de 2026

Señorita:
TN MONICA TORO Supervisor Contrato No. 068 ARC-DISAN-DMBAQ-2026 La ciudad

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO No. 068-ARC-DISAN-DMBAQ-DIVADM-2026

Nombre del contratista NATALY MARIA RAMIREZ MENESES, identificado como aparece al pie de mi firma, de la manera más respetuosa me permito presentar, el informe de actividades realizadas en mi condición de CONTRATISTA, durante el periodo comprendido entre el 01 DE JULIO al 31 de J U L I O de 2026, en cumplimiento a lo establecido en la cláusula quinta del CONTRATO No. 068-ARC-DISAN-DMBAQ-DIVADM-2026 del veintiséis (3) de febrero de 2025, cuyo objeto contractual es: CONTRATACIÓN DIRECTA OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA, PARA APOYO A LA GESTIÓN MISIONAL DEL DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BARRANQUILLA, EN FORMA INDEPENDIENTE Y CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, CON SUS PROPIOS MEDIOS, las cuales relaciono a continuación:

INFORME DE ACTIVIDADES No. 1

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EJECUTADAS CONFORME AL PERIODO

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES REALIZADAS
1.	Prestación de servicios de apoyo a la gestión como auxiliar de odontología para coadyuvar en las actividades desarrolladas en el Dispensario Médico Nivel II Barranquilla.	**Se cumplieron con actividades descritas en el proceso contractual como auxiliar de odontología del DMBAQ. Con un total de 150 horas para el mes de JULIO.**
2.	Apoyar en la ejecución del Plan de Mantenimiento de acuerdo con las actividades que participa, en el área de su desempeño.	**Se cumplieron con actividades descritas en el proceso contractual como auxiliar de odontología del DMBAQ.**
3.	Velar por el uso adecuado de los recursos físicos en las actividades que participa, según el cumplimiento de los objeticos de la dependencia; así como adoptar las medidas para su conservación.	**Se cumplieron con actividades descritas en el proceso contractual como auxiliar de odontología del DMBAQ.**
4.	Apoyar el requerimiento de mantenimiento para la ejecución de la labor y velar por el correcto uso y conservación.	**Se cumplieron con actividades descritas en el proceso contractual como auxiliar de odontología del DMBAQ.**
5.	Efectuar la correcta limpieza y esterilización del instrumental a su cargo utilizando las medidas de bioseguridad. Mantener en orden el consultorio y limpios los equipos.	**Se cumplieron con actividades descritas en el proceso contractual como auxiliar de odontología del DMBAQ.**
6.	Asistir al profesional en la preparación de medicamentos y materiales de acuerdo a los protocolos. establecidos.	**Se cumplieron con actividades descritas en el proceso contractual como auxiliar de odontología del DMBAQ.**
7.	Tomar las radiografías periapicales, oclusales y panorámicas, solicitadas por el profesional utilizando las medidas de	**Se cumplieron con actividades descritas en el proceso contractual como auxiliar de odontología del DMBAQ.**

	bioseguridad acuerdo a la normatividad vigente.	
8.	Presentar mensualmente para el reconocimiento de los servicios prestados, copia legible de los pagos realizados al Sistema General de Seguridad Social Integral (Salud – Pensiones-Riesgos Profesionales), en calidad de cotizante cada mes vencido; así como todos y cada uno de los documentos que el DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BARRANQUILLA considere necesarios.	**Se cumplieron con actividades descritas en el proceso contractual como auxiliar de odontología del DMBAQ.**
9.	Mantener vigente durante todo el tiempo de ejecución del contrato la póliza de responsabilidad civil para el ejercicio de la profesión.	**Se cumplieron con actividades descritas en el proceso contractual como auxiliar de odontología del DMBAQ.**

ACREDITACIÓN DEL PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: Cumpliendo con lo dispuesto en el contrato, anexo el comprobante de pago de seguridad social, planilla No.9506938825 correspondiente al mes de JUNIO de 2026.

INFORMACIÓN DE NOVEDADES AL SUPERVISOR: Ninguna.

SOLICITUD DE PAGO DEL CONTRATO No. 068-ARC-DISAN-DMBAQ-2026.

Con ocasión a la forma de pago definida en la cláusula séptima del contrato, para el periodo ejecutado, corresponde a la Dirección de Sanidad de la Armada Nacional, pagar a nombre del contratista, la siguiente suma:

No. PAGO	FECHA	VALOR A PAGAR	CONCEPTO	REGIMEN	No. RUT
No. 1	**31/07/2026**	**UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE($ 1.950.000.000)**	**Servicios prestados desde el 01 de JULIO al 31 de JULIO 2026, en desarrollo del contrato No.** 030-ARC-DISAN-DMBAQ-2026.	**SIMPLIFICADO**	**1.002.212.793**

Para efecto del pago, agradezco desembolsar en la cuenta Ahorros No. 767763111215 del banco Bancolombia.

Atentamente, Nataly Ramirez

NATALY MARIA RAMIREZ MENESES
C.C 1.002.212.793 DE BARRANQUILLA
No. 068-ARC-DISAN-DMBAQ-DIVADM2026.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1002212793		RAMIREZ MENESES NATALY MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 57c #4b-58	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3043065096	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	420152093	9506938825	I	2026/07/23	2026/06/25	NEQUI	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
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
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)							$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1002212793	RAMIREZ NATALY	230301	30		$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1002212793		RAMIREZ MENESES NATALY MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 57c #4b-58	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3043065096	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	420152093	9506938825	I	2026/07/23	2026/06/25	NEQUI	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800

Cuenta de cobro 1

DISPENSARIO MEDICO NIVEL II DE BARRANQUILLA

Nit. 901.540.734-2

DEBE A:

NATALY MARIA RAMIREZ MENESES
C.C. 1.002.212.793 DE SOLEDAD

LA SUMA DE:

UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS
M/CTE ($ 1.950.000,00)

Por concepto de: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA PARA APOYO A LA GESTIÓN MISIONAL DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BARRANQUILLA, EN FORMA INDEPENDIENTE Y CON TOTAL AUTONOMÍA TÉNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, CON SUS PROPIOS MEDIOS.

Atentamente,

Nataly Ramirez

NATALY MARIA RAMIREZ MENESES
C.C. 1.002.212.793 DE BARRANQUILLA