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

Acta N° 002 Correspondiente al periodo comprendido del 01 al 31 de marzo 2026

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	31 de marzo 2026
Contrato, Orden o convenio Nº	***026-ARC-DISAN- REPAC-DMBHM – 2026***
Contratista	JOSÉ ANTONIO IBARRA RIVERA
Identificación (Cedula o Nit)	CC 16.470.134
Objeto	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA PARA EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BUENAVENTURA.**
Valor Total del Contrato	TREINTA Y DOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($32.000.000,00)
Plazo de Ejecución	30 noviembre de 2026
Forma y Condiciones de Pago	PAGO PARCIALES DE ACUERDO CON HORAS MENSUALES PRESTADAS
Número de la factura	002
Valor de la Factura	$ 3,200,000
Saldo del contrato	$ 25,600,000 saldo contrato y 20% de ejecución
No CDP	CDP 4726 16/01/2026
No CRP	CRP 3826 22/01/2026

CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO					
ITEM	**DESCRIPCION**	**CANTIDAD**	**MARCA**	**ORDEN PEDIDO N.º**	**VALOR**
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ESM					
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato **026-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026** manifiesta que el contratista **JOSÉ ANTONIO IBARRA RIVERA**, 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**
	002	31/03/2026	$ 3,200,000,00	40 HORAS X $80.000,00 VALOR HORA GINECOLOGO	N/A	$ 3,2000,000,00
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato **026-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026** manifiesta que el contratista **JOSÉ ANTONIO IBARRA RIVERA**, 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 MARZO DEL 2026 No. Planilla 6008358761



SUPERVISORA DEL CONTRATO No 026-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026
TK HERNANDEZ PEREZ KELLY JOHANA
Kelly.hernandez@armada.mil.co

DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: 22/01/2026	**Nombre del Contratista:** JOSÉ ANTONIO IBARRA RIVERA				**No. Contrato: 026-ARC-DISAN-REPAC-DMBHM-2026**
Periodo del informe:	**Desde el: 01/03/2026**		**Hasta el: 31/03/2026**		
Objeto del contrato: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA PARA EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BUENAVENTURA"					
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO					
Fecha de suscripción	22/01/2026				
Fecha de Iniciación- Inicio	01/02/2026				
Plazo del contrato	10 MESES				
Fecha de Terminación	13/11/2026				
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)					
Valor Inicial del contrato	$ 32.000.000,00				
No. CDP y FECHA: No. 4726 16/01/2026	**VALOR:** $ 32.000.000,00		**No. CRP y FECHA:** No. 3826 22/01/2026		**VALOR:** $ 32.000.000,00
Valor total del contrato (incluido valor adición)					
No. CDP y FECHA:	**VALOR:**		**No. CRP y FECHA:** 4726 16/01/2026		**VALOR:**
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza 100094529 (Calidad y Cumplimiento) – 4029 (Responsabilidad Civil)**		**Aseguradora: Seguros Mundial – HDI Seguros**		
	AMPAROS	**VIGENCIA**			**VALOR ASEGURADO**
	Calidad y Cumplimiento	27/01/2025	30/03/2027		$ 6.400.000,00
	Responsabilidad Civil	01/10/2024	01/10/2025		$600.000.000,00
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)**	$ 32.000.000,00			
	Valor total tramitado para pago	$ 6.400.000,00			
	Saldo del contrato	$ 25.600.000,00			

	Porcentaje de Ejecución:	20%
APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. de Planilla de Salud: **6008358761**	Entidad: NUEVA EPS Fecha de pago: 04/03/2026 Valor: $ **507.400**	
No. de Planilla de Pensión: **6008358761**	Entidad: Fecha de pago: 04/03/2026 Valor: $ 0.00	
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. **6008358761**	Entidad: POSITIVA Fecha de pago: 04/03/2026 Valor: $ **42.500**	

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
1	Realizar Consulta por la especialidad de ginecología 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
3	Cumplir con los procedimientos y protocolos en consulta externa para la atención en ginecología a bordo del Dispensario Médico nivel II Buenaventura.	Se verificó diario el cumplimiento de las actividades desarrolladas conforme el objeto contractual				**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 SUPERVISOR CERTIFICA QUE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS AL CONTRATISTA, FUERON EJECUTADAS A SATISFACCIÓN Y DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO **026-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**	01/03/2026	**HASTA EL**	31/03/2026	
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en Letras)	TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE				
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en números)	$ 3,200,000,00				

SUPERVISOR – DEPENDENCIA	
NOMBRE: TK HERNANDEZ PEREZ KELLY JOHANA	
CARGO: MEDICO MILITAR	**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.**