| | | | |
|---|---|---|---|
| | **ARMADA NACIONAL**<br>**DIRECCIÒN DE SANIDAD NAVAL** | | |
| | **PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL** | | |
| | **INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATOS PRESTACIÓN SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN** | | |
| | **Versión 2.0** | **Fecha: 20/03/2023** | **Página 1 de 4** |

| **DATOS DEL INFORME** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de presentación:** 20/10/2026 | **Nombre del Contratista:** ANA MILENA PINO HURTADO | | | **No. Contrato:** 064-ARC-DISAN-2026 | |
| **Periodo del informe:** SEPTIEMBRE | **Desde el :** 01/10/2026 | | **Hasta el:** 31/10/2026 | | |
| **Objeto del contrato:** "CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUDITOR DE CALIDAD Y/O GESTOR DE PROCESOS PARA COADYUVAR EN LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL ÁREA DE SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL Y LAS REGIONALES. " | | | | | |

| **INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de suscripción** | 04/08/2026 | | | | |
| **Fecha de Iniciación- Inicio** | 3/08/2026 | | | | |
| **Plazo del contrato** | Cinco (05) meses. | | | | |
| **Fecha de Terminación** | 31/12/2026 | | | | |
| **Fecha de terminación final (incluir prórrogas)** | N/A | | | | |
| **Valor Inicial del contrato** | **VEINTE MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE** (20.350.000,00 COP) | | | | |
| **No. CDP y FECHA: 11226 DEL 07/07/2026** | **VALOR: $20.350.000** | | **No. CRP y FECHA: 12526 – 04/08/2026** | | **VALOR: $20.350.000** |
| **Valor total del contrato (incluido valor adición)** | **N/A** | | | | |
| **No. CDP y FECHA:** | **VALOR: N/A** | | **No. CRP y FECHA: N/A** | | **VALOR: N/A** |
| **GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO** | **No. de Póliza Anexo No.** 33-46-101073518 | | **Aseguradora:** SEGURO DEL ESTADO S.A | | |
| | **AMPAROS** | **VIGENCIA** | | **VALOR ASEGURADO** | |
| | **CUMPLIMIENTO** | **03/08/2026** | **30/04/2027** | **$2.035.000** | |
| | **CALIDAD** | **03/08/2026** | **30/04/2027** | **$2.035.000** | |
| **GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO** | **No. de Póliza Anexo No. 1** | | **Aseguradora:** | | |
| | **AMPAROS** | **VIGENCIA** | | **VALOR ASEGURADO** | |
| | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| **MODIFICATORIOS DEL CONTRATO** | N/A | | | | |
| **TERMINACIÓN ANTICIPADA:** | (Si aplica) | | | | |
| **ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO** | **Valor total del contrato (Incluida adiciones)** | **$ 20.350.000** | | | |
| | **Valor total tramitado para pago** | **$ 12.210.000** | | | |
| | **Saldo del contrato** | **$ 8.140.000** | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **Porcentaje de Ejecución:** | **60,00%** |

**APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | |
|---|---|
| **No. de Planilla de Salud:** 38647014 | **Entidad:** NUEVA EPS<br>**Fecha de pago:** 06/10/2026<br>**Valor:** $ 218.900 |
| **No. de Planilla de Pensión:** 38647014 | **Entidad:** PROTECCION<br>**Fecha de pago:** 06/10/2026<br>**Valor:** $ 280.200 |
| **No. de Planilla de Riesgos Profesionales:** 38647014 | **Entidad:** ARL POSITIVA<br>**Fecha de pago:** 06/10/2026<br>**Valor:** $ 9.200 |

**CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES**

| No. | DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN | DEFICIENTE | A MEJORAR | SATISFACTORIO | SOBRESALIENTE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Auditar historias clínicas, órdenes médicas, soportes diagnósticos, procedimientos y servicios facturados, verificando coherencia entre la atención brindada y la cuenta presentada. | | | | x | La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual |
| 2. | Identificar inconsistencias, glosas, devoluciones y hallazgos administrativos o asistenciales derivados del proceso de auditoría de cuentas médicas. | | | | x | La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual |
| 3. | Verificar el cumplimiento de la normatividad vigente relacionada con facturación en salud, RIPS, soportes clínicos y manuales tarifarios aplicables. | | | | x | La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual |
| 4. | Revisar la calidad, completitud y coherencia de los registros clínicos y administrativos requeridos para el proceso de facturación. | | | | x | La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual |
| 5. | Validar la correcta aplicación de tarifas, códigos, procedimientos, medicamentos, insumos y servicios facturados conforme a la normatividad vigente. | | | | x | La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. | Realizar auditoría de cuentas médicas relacionadas con la integración funcional Inter fuerzas entre la ARMADA NACIONAL, EJÉRCITO NACIONAL y FUERZA AÉREA COLOMBIANA, verificando la correcta prestación, soporte, facturación, pertinencia y conciliación de los servicios de salud prestados entre las diferentes Fuerzas. | | | | x | La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual |
| 7. | Realizar seguimiento a los hallazgos identificados durante el proceso de auditoría y verificar la implementación de acciones de mejora correspondientes. | | | | x | La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual |
| 8. | Verificar el adecuado cumplimiento de los requisitos documentales exigidos para la facturación y auditoría de servicios de salud. | | | | x | La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual |
| 9. | Contribuir al fortalecimiento de los procesos institucionales relacionados con facturación, auditoría y mejoramiento continuo en especial en lo referente a la documentación del proceso de ACRE ajustado al proceso de calidad ISO 9001de la DISAN | | | | x | La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual |
| 10. | Participar en reuniones, capacitaciones, mesas de trabajo y demás actividades institucionales relacionadas con el desarrollo de sus funciones. | | | | 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.** | | | | |
| | 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** | 01/10/2026 | **HASTA EL** | 31/10/2026 |
| | **VALOR A PAGAR ESTE PERIODO** | CUATRO MILLONES SETENTA MIL PESOS M/CTE. | | | |
| | **VALOR A PAGAR ESTE PERIODO** | **$4.070.000,00** | | | |
| **SUPERVISOR – DEPENDENCIA** | | | | | |

| | |
|---|---|
| **NOMBRE:** SJ, EMER OLIVEROS PIZARRO | SJ OLIVEROS PIZARRO EMER<br>**FIRMA** |
| **CARGO:** ADMINISTRADOR NOTA TÉCNICA RED EXTERNA | |
| | |

| | |
|---|---|
| **DOCUMENTOS 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.** |