	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL
	GESTIÓN CONTRACTUAL
	INFORME PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN (PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN)
	Versión: 1.0 — Fecha :11/02/2022

DATOS DEL INFORME			
Fecha de presentación: 05 SEPTIEMBRE DE 2022	**Nombre del Contratista:** ATENCION INTEGRAL EN MEDICINA AIM S.A.S		**No. Contrato: 317**-ARC-DISAN-DHONAC-2022
Periodo del informe:	**Desde el :** 01 AGOSTO 2022	**Hasta el:** 31 AGOSTO 2022	
Objeto del contrato: "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ESPECIALISTAS EN EL AREA DE MEDICINA INTERNA PARA QUE BRINDEN SUS SERVICIOS EN EL AREA DE URGENCIA, HOSPITALIZACION, Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y UFAP BLAS DE LEZO"			

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO			
Fecha de suscripción	01 Agosto de 2022		
Fecha de Iniciación- Inicio	01 Agosto de 2022		
Plazo del contrato	Cuatro (04) meses		
Fecha de Terminación	30 noviembre de 2022		
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)			
Valor Inicial del contrato	$ 81.100.000		
No. CDP y FECHA: 54722 de fecha 2022-06-02	**VALOR:** $ 81.100.000	**No. CRP y FECHA:** 55922 de fecha 2022-08-01	**VALOR**: $ 81.100.000
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: 3398119-7 0859990-4 **Anexo No: 0** — **Aseguradora:** SURAMERICANA SURAMERICANA

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA	29/07/2022	30/11/2022	$ 200.000.000
CUMPLIMIENTO	29/07/2022	30/03/2023	$ 16.220.000
CALIDAD DEL SERVICIO	29/07/2022	30/03/2023	$ 16.220.000
PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES	29/07/2022	30/11/2025	$ 4.055.000.

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO (APLICA CUANDO SE MODIFICA EL CONTRATO EN TIEMPO Y VALOR)

No. De PÓLIZAAnexo No: 1 — **Aseguradora:**

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL
	GESTIÓN CONTRACTUAL
	INFORME PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN (PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN)
	Versión: 1.0 — Fecha :11/02/2022

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO		
TERMINACIÓN ANTICIPADA:		
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	$ 81.100.000
	Valor total tramitado para pago	$ 17.160.000
	Saldo del contrato	$ 63.940.000
	Porcentaje de Ejecución:	(21%)

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No de Planilla de Salud: xxxxxxxxxxxxxx	Entidad: MEDIMAS EPS Fecha de pago: xxxxxx Valor: $ xxxxxx
No de Planilla de Pensión: xxxxxxxxxxxxxx	Entidad: Porvenir S.A Fecha de pago: xxxxxx Valor: $ xxxxxx
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. xxxxxxxxxxxxxx	Entidad: Positiva Compañía Fecha de pago: xxxxxx Valor: $ xxxxx

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
1	Realizar consulta externa según demanda establecida por el usuario, de acuerdo con la agenda establecida por la jefatura del servicio en cumplimiento de la normatividad vigente.	Se verifica agenda de consultas			x		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
2	Velar por la evolución diaria de todo paciente hospitalizados a su nombre y por el servicio durante las horas designadas en su turno	Se verifica a través historias clínicas los pacientes hospitalizados			x		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL	
	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	INFORME PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN (PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN)	
	Versión: 1.0	Fecha :11/02/2022

3	Realizar valoraciones de las pacientes interconsultas en el servicio de hospitalización y urgencias en los tiempos establecidos.	Se verifica a través historias clínicas en los pacientes atendidos.			x		La contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO					
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO					
	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 anexa Comprobantes de Pago.				
AUTORIZACIÓN DE PAGO	**PERÍODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/08/2022	**HASTA EL**	31/08/2022
	VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO (letras)	DIECISIETE MILLONES CIENTO SESENTA MIL PESOS M/CTE			
	VALOR A PAGAR (Indicar valor en números)	$ 17.160.000,00			

SUPERVISOR - DEPENDENCIA	
NOMBRE: TN PATRICIA MEDINA AHUMADA	
CARGO: JEFE SERVICIOS MEDICINA INTERNA	**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.** 4. **Factura de venta FEN-21**

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

Acta N° 001- Correspondiente al mes AGOSTO DE 2022

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
FECHA	31 AGOSTO DE 2022
Contrato, Orden o convenio N°	N° 317-ARC-DISAN-DHONAC-2022
Contratista	ATENCION INTEGRAL EN MEDICINA AIM S.A.S
Identificación (Cedula o Nit)	900805921-9
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ESPECIALISTAS EN EL AREA DE MEDICINA INTERNA PARA QUE BRINDEN SUS SERVICIOS EN EL AREA DE URGENCIA, HOSPITALIZACION, Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y UFAP BLAS DE LEZO.
Valor Total del Contrato	$ 81.100.000
Plazo de Ejecución	30 NOVIEMBRE DE 2022
Forma y Condiciones de Pago	PAGO PARCIAL
Número de la factura	N° FEN-21 PERIODO DEL MES DE AGOSTO DE 2022
Valor de la Factura	$ 17.160.000.
Saldo del contrato	$ 63.940.000,00 21 % de ejecución
No CDP	54722 de fecha 2022-06-02 $ 81.100.000,00
No CRP	55922 de fecha 2022-08-01 $ 81.100.000,00

CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO					
ITEM	**DESCRIPCION**	**CANTIDAD**	**MARCA**	**ORDEN PEDIDO N°**	**VALOR**
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ESM					
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato **N° 317-ARC-DISAN-DHONAC-2022**, manifiesta que el contratista **ATENCION INTEGRAL EN MEDICINA AIM S.A.S**, 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	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**
	FEN-21	25/08/2022	$ 17.160.000,00	HORAS CONSULTA EXTERNA-HORAS PRESENCIALES PISO (150 X VALOR $60.000), HORAS HOSPITALIZACION – URGENCIAS (222 X VALOR 30.000)	N/A	$ 17.160.000,00
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato **N° 317-ARC-DISAN-DHONAC-2022**, manifiesta que el contratista **ATENCION INTEGRAL EN MEDICINA AIM S.A.S**, 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 Aportes Parafiscales firmado por el Representante Legal o Revisor Fiscal del mes de **JULIO DE 2022.**

TN PATRICIA MEDINA AHUMADA
SUPERVISOR DEL CONTRATO N°317-ARC-DISAN-DHONAC-2022

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 004d8ceacc072d7c09491538e123029ee838c69c52aedf90a7a67b5cb19ad8e60b85dd787c59a52e47c93d9eb11f2f35

Número de Factura: FEN-21
Fecha de Emisión: 25/08/2022
Fecha de Vencimiento: 24/09/2022
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Consiganción bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: ATENCION INTEGRAL EN MEDICINA AIM S. A. S.
Nombre Comercial: ATENCION INTEGRAL EN MEDICINA AIM S. A. S.
Nit del Emisor: 900805921
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8610

País: Colombia
Departamento: Bolívar
Municipio / Ciudad: Cartagena De Indias
Dirección: BRR CENTRO PLAZOLETA TELECOM ED LEQUERICA OF 312
Teléfono / Móvil: 3002936206
Correo: ATENCIONINTEGRALENMEDICINASAS@HOTMAIL.COM

Datos del Adquiriente / Comprador

Razón Social: HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA
Nombre Comercial: HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 901541021
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bolívar
Municipio / Ciudad: Cartagena De Indias
Dirección: CR 2 14 210 BOCAGRANDE
Teléfono / Móvil: 3202403264
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	001	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ESPECIALISTAS EN EL AREA DE MEDICINA INTERNA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y EN VIRTUD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS EN EL MES DE AGOSTO DEL 2022 EN DESARROLLO DEL CONTRATO 317-ARC-DISAN-DHONAC-2022	NIU	1,00	$ 17.160.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 17.160.000,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

Linea de negocio: #$15-01-11-094;contrato No.539HONAC/2021;patricia.medina@armada.mil.co#$

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2022-08-25 09:03:56
Documento generado el: 2022-08-25 09:03:56
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			17.160.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			17.160.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			17.160.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	17.160.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764034342578 Rango desde: 20 Rango hasta: 2000 Vigencia: 2023-08-23

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 1047368346		SERPA DIAZ DAGOBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 31A # 80-16 APTO 501 TORRE 1	CARTAGENA-BOLIVAR	6767704	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1594428008	9438578151	I	2022/08/10	2022/08/09	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$773,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,500,000	$400,000			$2,500,000	$312,500			$0	$0			$2,500,000	$60,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,500,000	$400,000			$2,500,000	$312,500			$0	$0			$2,500,000	$60,900		$0	$0
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					$2,500,000	$400,000			$2,500,000	$312,500			$0	$0			$2,500,000	$60,900		$0	$0
1	CC 1047368346	SERPA DAGOBERTO	230301	30	$2,500,000	$400,000	EPS010	30	$2,500,000	$312,500		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$60,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,500,000	$400,000			$2,500,000	$312,500			$0	$0			$2,500,000	$60,900		$0	$0

2022/08/08 10:04 PM

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 1047368346		SERPA DIAZ DAGOBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 31A # 80-16 APTO 501 TORRE 1	CARTAGENA-BOLIVAR	6767704	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1594428008	9438578151	I	2022/08/10	2022/08/09	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$773,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400,000	$0	$0	$400,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$400,000	$0	$0	$400,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$60,900	$0	$0	$60,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$60,900	$0	$0	$60,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$312,500	$0	$0	$312,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$312,500	$0	$0	$312,500
TOTAL				1	$773,400	$0	$0	$773,400

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	CANDY YAZMIN GAITAN RIVERA
IDENTIFICACION:	CC-52104800
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-08-23
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-08-02
FECHA DE PAGO:	2022-08-02
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERIODO PENSION:	2022-07
PERIODO SALUD:	2022-07
NUMERO PLANILLA:	23766422
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	23766422
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
MIN002	901037916	MIN002 - ADRES	1	$ 2.400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300.000	$ 300.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 2.400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000	$ 384.000
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 2.400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 58.500	$ 58.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 742.500	$ 742.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	02/09/2022