	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: **30-10-2023**	**Nombre del Contratista:** **ECOGRAFIAS Y DIAGNOSTICOS INTEGRALES S.A.S**		**No. Contrato:** **515**
Periodo del informe:	**Desde el :** **23-10-2023**	**Hasta el:**	**31-10-2023**
Objeto del contrato: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO RADIOLOGO PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA.			

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO			
Fecha de suscripción	Octubre 23 de 2023		
Fecha de Iniciación- Inicio	Octubre 23 de 2023		
Plazo del contrato	Cuatro (04) meses y tres(6) días		
Fecha de Terminación	29 de Febrero de 2024		
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)			
Valor Inicial del contrato	**El presupuesto oficial para esta contratación es de CIENTO CATORCE MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE ($ 114.168.000,00): distribuidos así: para la vigencia 2023 SETENTA Y SEIS MILLONES CIENTO DOCE MIL PESOS MCTE ($ 76.112.000,00) y para la vigencia 2024 TREINTA Y OCHO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS MCTE. ($ 38.056.000,00)**		
No. CDP y FECHA:	**No. 81523 de fecha 13 de Septiembre/23 por $ 76.112.000,00 de pesos**	**No. CRP y FECHA:**	**No. 104123 de fecha 24 de Octubre/23 por $ 76.112.000,00 de pesos**
Valor total del contrato (incluido valor adición)			
No. CDP y FECHA: (Cundo exista una adición)			

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. De PÓLIZA: 75-03-101011961 Anexo No: 02**		**Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO.**	
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
	RESPONSABILIDAD CIVIL	**05/04/2023**	**05/04/2024**	**$500.000.000,00**
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO (APLICA CUANDO SE MODIFICA EL CONTRATO EN TIEMPO Y VALOR)	**No. De PÓLIZA: Anexo 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:	(Si aplica)	
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	**$114.168.000,00**
	Valor total tramitado para pago	**$24.740.000,00**
	Saldo del contrato	**$89.428.000.00**
	Porcentaje de Ejecución:	**21,66%**

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No de Planilla de Salud: 9458170650	Entidad: SURA EPS Fecha de pago: OCTUBRE 26 DE 2023 Valor: $ 148.500
No de Planilla de Pensión: 9458170650	Entidad: PORVENIR Fecha de pago: OCTUBRE 26 DE 2023 Valor: $ 190.100
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. 9458170650	Entidad: SURA Fecha de pago: OCTUBRE 26 DE 2023 Valor: $ 29.000

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
1	LA CONTRATISTA PRESTO SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO RADIOLOGO EN EL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA, CUMPLIENDO A CABALIDAD CON LA NORMATIVIDAD Y LAS EXIGENCIAS CORPORATIVAS, ASI COMO CON TODAS LAS TAREAS ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DURANTE EL PRESENTE MES.	217,16 horas de Consulta por valor de $100.000,00 c/h.			X		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.
2	LA CONTRATISTA PRESTO SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO RADIOLOGO EN EL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA, CUMPLIENDO A CABALIDAD CON LA	144 horas de Disponibilidad por valor de $21.000,00 c/h.			X		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.

	NORMATIVIDAD Y LAS EXIGENCIAS CORPORATIVAS, ASI COMO CON TODAS LAS TAREAS ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DURANTE EL PRESENTE MES.						

	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

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**	23/10/2023	**HASTA EL**	31/10/2023
	VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO (letras)	VEINTICUATRO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL PESOS MCTE)			
	VALOR A PAGAR (Indicar valor en números)	**$24.740.000,00**			
SUPERVISOR – DEPENDENCIA **RADIOLOGIA**					
NOMBRE: S1 ELKIN SAYAS ACEVEDO					
CARGO: **SUPERVISOR CONTRATO No.515 ARC-DISAN-HONAC-2023.**					
					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 Electronica.**