Entregado el 19/02/24

copia

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

Acta N° 03 Correspondiente al mes FEBRERO DE 2024.

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	23 FEBRERO DE 2024
Contrato, Orden o convenio N°	**No.655-ARC-DISAN-DHONAC-2023**
Contratista	HEMOTO KIDS CARE SAS
Identificación (Cedula o Nit)	901727166-3
Objeto	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN HEMATOONCOLOGIA PEDIATRICA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA.
Valor Total del Contrato	$ 9.500.000 ($ 6.840.000 - 1.900.000 = $ 4.940.000 + $ 4.560.000)
Plazo de Ejecución	29 FEBRERO DE 2024
Forma y Condiciones de Pago	PAGOS PARCIALES de acuerdo a las horas mensuales prestadas.
Número de la factura	HKC -8
Valor de la Factura	$ 2.280.000
Saldo del contrato	VIGENCIA 2023 $ 0 – VIGENCIA 2024 $ 0 - 100%.
No CDP	79523 DEL 12 SEPTIEMBRE DE 2023 - $ 6.840.000 - 1.900.000 = $ 4.940.000 18124 DEL 05 ENERO DE 2024 - $ 4.560.000
No RP	126723 DEL 27 NOVIEMBRE DE 2023 - $ 6.840.000 - 1.900.000 = $ 4.940.000 18124 DEL 05 ENERO DE 2024 - $ 4.560.000

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 **No.655** manifiesta que el contratista **HEMOTO KIDS CARE SAS**, 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**
HKC-8		16/02/2024	$ 2.280.000	12 horas presenciales consulta externa valor $ 190.000.		$ 2.280.000

Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato **No. 655** manifiesta que el contratista **HEMOTO KIDS CARE SAS**, 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 de Fecha FEBRERO DE 2024 No. Planilla N° 29059202.

CC MAGDA NOVA ARRIETA
SUPERVISOR DEL CONTRATO N° 655-ARC-DISAN-DHONAC-2023.

	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 MARZO DE 2024	**Nombre del Contratista:** HEMOTO KIDS CARE SAS		**No. Contrato:655**-ARC-DISAN-DHONAC-2023.
Periodo del informe:	**Desde el :** 01 FEBRERO DE 2024	**Hasta el:** 29 FEBRERO DE 2024	
1. Objeto del contrato: " CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN HEMATOONCOLOGIA PEDIATRICA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA.			

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO			
Fecha de suscripción	22 NOVIEMBRE DE 2023		
Fecha de Iniciación- Inicio	01 DICIEMBRE DE 2023		
Plazo del contrato	TRES MESES		
Fecha de Terminación	29 FEBRERO DE 2024		
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)			
Valor Inicial del contrato	$ 9.500.000 ($ 6.840.000 - 1.900.000 = $ 4.940.000 + $ 4.560.000)		
No. CDP y FECHA: 79523 DEL 12 SEPTIEMBRE DE 2023 18124 DEL 05 ENERO DE 2024	**VALOR:** $ 6.840.000 - 1.900.000 = $ 4.940.000 $ 4.560.000	**No. CRP y FECHA:** 126723 DEL 27 NOVIEMBRE DE 2023 18124 DEL 05 ENERO DE 2024	**VALOR:** $ 6.840.000 - 1.900.000 = $ 4.940.000 $ 4.560.000
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: 1301223002009 75-44-1011335864 **Anexo No:**		**Aseguradora:** MAPFRE-COLOMBIA SEGUROS DEL ESTADO SA
AMPAROS	**VIGENCIA**	**VALOR ASEGURADO**
RESPONSABILIDAD CIVIL	14/11/2023 – 14/11/2024	$ 1.000.000.000
CUMPLIMIENTO	20/11/2023 – 29/02/2024	$ 1.140.000

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**

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO	

	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

TERMINACIÓN ANTICIPADA:		
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	$ 9.500.000 ($ 6.840.000 - 1.900.000 = $ 4.940.000 + $ 4.560.000)
	Valor total tramitado para pago	$ 9.500.000
	Saldo del contrato	$ VIGENCIA 2023 $ 0 – VIGENCIA 2024 $ 0
	Porcentaje de Ejecución:	*100%*

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No de Planilla de Salud: **29059202**	Entidad: EPS SURA Fecha de pago: 16/02/2024 Valor: $ 92.800
No de Planilla de Pensión: **29059202**	Entidad: COLPENSIONES Fecha de pago: 16/02/2024 Valor: $ 371.200
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. **29059202**	Entidad: ARL SURA Fecha de pago: 16/02/2024 Valor: $ 56.600
No. de Planilla de ccf **29059202**	Entidad: CCF CARTAGENA Fecha de pago: 16/02/2024 Valor: $ 92.800

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
	Realizar consulta externa según demanda establecida por el usuario, de acuerdo a la agenda establecida por la jefatura del servicio en cumplimiento: de la normatividad vigente.	Se verifico el cumplimiento del agendamiento de las citas médicas en el sistema dinámica gerencial, 12 horas por valor de $ 190.000 c/u.			X		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
	Velar por la evolución diaria de todo paciente hospitalizados a su nombre.	Las anotaciones de las evoluciones de los pacientes se encuentran debidamente en el sistema dinámica gerencial.			X		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
	Realizar valoración para llamada en caso de atención de urgencias y dar respuesta a interconsultas de acuerdo a parámetros establecidos de respuesta en pacientes hospitalizados.	Acude a los llamados del servicio de interconsultas acuerdo a interconsultas de los pacientes hospitalizados.			X		El 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

	Ingresar toda valoración de pacientes urgencias, consulta externa, interconsulta en el sistema de registro del HONAC con el fin de tener datos exactos de su productividad.	Las anotaciones de las valoraciones de los pacientes se encuentran debidamente en el sistema dinámica gerencial.			X		El 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 comprobante de pago.				
AUTORIZACIÓN DE PAGO	**PERÍODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/02/2024	**HASTA EL**	29/02/2024
	VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO (letras)	DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE.			
	VALOR A PAGAR (Indicar valor en números)	$ 2.280.000.			

SUPERVISOR - DEPENDENCIA	
NOMBRE: CC MAGDA NOVA ARRIETA	
CARGO: PEDIATRIA SUPERVISOR CONTRATO N° 655-ARC-DISAN-DHONAC-2023.	 **FIRMA**

DOCUMENTO SOPORTES	1. **Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales)** 2. **Acta de recibo de a satisfacción parcial.** 3. **Factura Electrónica de venta HKC-8**

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
0a324bcabf7fd2ae7af25a41d05928fe6c5eb830f44aa398d3e56d719c38b1e1d1abf7258f8e15049a1f3db7842438a2

Número de Factura: HKC-8
Fecha de Emisión: 16/02/2024
Fecha de Vencimiento: 17/03/2024
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: HEMATO KIDS CARE SAS
Nombre Comercial: HEMATO KIDS CARE SAS
Nit del Emisor: 901727166
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bolívar
Municipio / Ciudad: Cartagena De Indias
Dirección: CR 23 29 A 76 BRR MANGA
Teléfono / Móvil: 3104941153
Correo: ayslingonzalez@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: 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: BRR BOCAGRANDE CRA 2 N 14-210
Teléfono / Móvil: 3202403264
Correo: ifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	03	HONORARIOS SERVICIOS MEDICO	NIU	12,00	$ 190.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 2.280.000,00

Notas Finales

HONORARIOS SERVICIOS MEDICO CORRESPONDIENTE AL PERIODO DE FEBRERO 2024
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-02-16 16:55:55
Documento generado el: 2024-02-16 16:55:54
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			2.280.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			2.280.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			2.280.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	2.280.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764052591348 Rango desde: 1 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2024-07-29

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901727166	3	HEMATO KIDS CARE SAS	B	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8621	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
13-1	CR 23 29 A 76 BRR MANGA		3104941153		AYSLINGONZALEZ@GMAIL.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-01	2024-02	29059202	E	2024-02-16	TODOS LOS CENTROS	BOLIVAR	CARTAGENA	940.100	1.100	BBVA COLOMBIA S.A.
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
2	29059202	2024-02-15	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES													DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.		
1	CC 7572919	CUBILLOS VARGAS JESUS ALFONSO	1.300.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.300.000	208.000	0	0	EPS SURA-EPS010	1.300.000	52.000	CCF DE CARTAGENA -CCF09	1.300.000	52.000	1.300.000	13.600	0,01044	0	0	0	0	0	0	01	0	325.600	S
2	CC 1065564189	GONZALEZ CABARCAS AYSLIN YOHANNA	2.320.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	2.320.000	371.200	0	0	EPS SURA-EPS010	2.320.000	92.800	CCF DE CARTAGENA -CCF09	2.320.000	92.800	2.320.000	56.600	0,02436	0	0	0	0	0	0	01	0	613.400	S

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901727166	3	HEMATO KIDS CARE SAS	B	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8621	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
13-1	CR 23 29 A 76 BRR MANGA		3104941153		AYSLINGONZALEZ@GMAIL.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-01	2024-02	29059202	E	2024-02-16	TODOS LOS CENTROS	BOLIVAR	CARTAGENA	940.100	1.100	BBVA COLOMBIA S.A.
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
2	29059202		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
3.620.000	3.620.000	3.620.000	3.620.000	0

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				2	579.200	0	0	579.200
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	2	579.200	0	0	579.200
EPS(Administradoras: 1)				2	144.800	0	0	144.800
EPS SURA	EPS010	800088702	2	2	144.800	0	0	144.800
ARP(Administradoras: 1)				2	70.200	0	0	70.200
ARL SURA	14-11	890903790	5	2	70.200	0	0	70.200
CCF(Administradoras: 1)				2	144.800	0	0	144.800

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
CCF DE CARTAGENA	CCF09	890480110	1	2	144.800	0	0	144.800
Gran Total					939.000	0	0	939.000

PAGADO