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

Acta N° 003 Correspondiente de FEBRERO de 2024.

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	23 DE FEBERO DE 2024
Contrato, Orden o convenio N°	No. 708-ARC-DISAN-HONAC-2023.
Contratista	PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS SAS
Identificación (Cedula o Nit)	901.088.105-
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA PEDIATRICA PARA EL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA Y DISPENSARIO DE BLAS DE LEZO.
Valor Total del Contrato	$ 45.000.000.00 – REDUCCION: $ 6.000.000.00
Plazo de Ejecución	29 DE FEBRERO DE 2024
Forma y Condiciones de Pago	PAGOS PARCIALES
Número de la factura	PAK-318
Valor de la Factura	$ 15.000.000.00
Saldo del contrato	$ 0.00 – 100 %
No CDP	97023 DE 29/11/2023 – 22624 DEL 05/01/2024
No RP	140323 DE 22 /12/2023 - 22624 DEL 05/01/2024

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.708**, manifiesta que el contratista **PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS 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
PAK-318	21/02/2023	$ 15.000.000	15 días disponibilidad presenciales hospitalización y urgencia valor $ 1.000.000.		$ 15.000.000

Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato **No.708**, manifiesta que el contratista **PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS 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 ENERO DE 2024 No. Planilla 74460452.

Eriksson Reyes H

CC ERIKSSON REYES HERNANDEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO N° 708-ARC-DISAN-HONAC-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: 23 DE FEBRERO DE 2024.	**Nombre del Contratista:** PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS SAS	**No. Contrato:** 708-ARC-DISAN-DHONAC-2023.
Periodo del informe:	**Desde el :** 01 DE FEBRERO DE 2024	**Hasta el:** 29 DE FEBRERO DE 2024

1. Objeto del contrato: "
PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA PEDIATRICA PARA EL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA Y DISPENSARIO DE BLAS DE LEZO.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO

Fecha de suscripción	20 DE DICIEMBRE DE 2023.				
Fecha de Iniciación- Inicio	23 DE DICIEMBRE DE 2023.				
Plazo del contrato	CUATRO (04) MESES				
Fecha de`Terminación	29 DE FEBRERO DE 2024.				
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)					
Valor Inicial del contrato	45.000.000.00				
No. CDP y FECHA: 97023 DEL 29 DE NOVIEMBRE 2023 22624 DEL 05/01/2024	**VALOR:** $ 15.000.000.00 $ 30.000.000.00	**No. CRP y FECHA:** 140323 del 22 DE DICIEMBRE DE 2023 22624 DEL 05/01/2024		**VALOR:** $ 15.000.000.00 $ 30.000.000.00	
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: 75-46-101012509 **Anexo No:**		**Aseguradora:** SEGUROS DEL ESTADOS S.A	
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
RESPONSABILIDAD CIVIL	05/06/2023	05/06/2024	$ 500.000.000.00
CUMPLIMIENTO	20/12/2023	29/02/2024	$ 4.500.000.00

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

No. De PÓLIZA: **Anexo No:**		**Aseguradora:**	
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO		
TERMINACIÓN ANTICIPADA:		
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	$ 45.000.000.00
	Valor total tramitado para pago	$ 39.000.000.00
	Saldo del contrato	$ 0.00

	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

	Porcentaje de Ejecución:	*100 %*

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No de Planilla de Salud: 74460452	Entidad: NUEVA EPS Fecha de pago: 05/02/2024 Valor: $ 1.306.600.00
No de Planilla de Pensión: 74460452	Entidad: COLPENSIONES Fecha de pago05/02/2024 Valor: $ 1.772.900.00
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. 74460452	Entidad: POSITIVA SEGUROS Fecha de pago: 05/02/2024 Valor: $ 254.100

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORI	SOBRESALIENT	OBSERVACIONES
	Acudir al llamado en tiempo de respuesta no superior a cuatro (4) horas, en caso a valoración de urgencias y dar respuestas a interconsulta acuerdo a parámetros establecidos de respuestas. Se exceptúan los casos de extrema urgencias y emergencia según criterio médico, las cuales deberá responder en menos de 1 hora	Acude a los llamados del servicio de urgencia acuerdo a turnos de disponibilidad asignados. 15 días por valor de $ 1.000.000 c/u.			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)	QUINCE MILLONES PESOS M/CTE.			
	VALOR A PAGAR (Indicar valor en números)	*$ 15.000.000.00*			

SUPERVISOR - DEPENDENCIA

NOMBRE:
TN ERIKSSON REYES HERNANDEZ

CARGO: JEFE SERVICIO CIRUGIA GENERAL
SUPERVISOR CONTRATO N° 708-ARC-DISAN-DHONAC-2023.

FIRMA

DOCUMENTO SOPORTES	1. **Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales)** 2. **Acta de recibo de satisfacción parcial.** 3. **Factura electrónica de venta PAK-318**

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

PANAKEIA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
09343f94c615fa7d356845497f32ca5acbd3ea652bae4c34303b1c42f05f10e1ba85390128ced6d1f4e118d9240c2f7e

Número de Factura: PAK-318
Fecha de Emisión: 21/02/2024
Fecha de Vencimiento: 21/04/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Reversión Débito Ahorro
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS S.A.S.
Nombre Comercial: PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS S.A.S.
Nit del Emisor: 901088105
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 PASEO BOLIVAR CR 16 36 39 CON LA SEVILLANA
Teléfono / Móvil: 3135365584
Correo: panakeiasas@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: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Calle 000
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: Sifnacion.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	5	Disponibilidad de servicios Febrero/24	NIU	15.000.000,00	$ 1,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 15.000.000,00

Notas Finales

Linea de negocio: Disponibilidadad Dra Margarita Martinez y Dr Luis Mateus 02/24

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-02-21 11:39:01
Documento generado el: 2024-02-21 11:38:59
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			15.000.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			15.000.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			15.000.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	15.000.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764060318926 Rango desde: 295 Rango hasta: 2000 Vigencia: 2024-11-21

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1075282603	LUIS MIGUEL MATEUS PEÑA		Calle 63D# 28A 52	3118114435	luismateuspe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	05/02/2024	74460452	$3.330.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.300.000	0		0		0	3	3.600	0	1.303.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.664.000	0	0	52.000	52.000	3	4.500	400	1.772.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	253.400				253.400	3	700	254.100			2.534	254.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.300.000	1.303.600
Pensión	1	1.768.000	1.772.900
Riesgos Laborales	1	253.400	254.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.321.400	3.330.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1075282803	LUIS MIGUEL MATEUS PEÑA		Calle 63D# 28A 52	3118114435	luismateuspe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-01	2024-01	I	05/02/2024	74460452	$3.330.600

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSION							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1075282803	MATEUS PEÑA LUIS MIGUEL	57	0			N																	25-14	10.400.000	1.664.000	0	0	52.000	52.000	EPS037	10.400.000	1.300.000	14-23	10.400.000	3	253.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información