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

| **DATOS DEL INFORME** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de presentación:** 05 ABRIL DE 2024 | **Nombre del Contratista:** ATENCION INTEGRAL EN MEDICINA AIM S.A.S | | | | **No. Contrato:** 415-ARC-DISAN-DHONAC-2023 |
| **Periodo del informe:** | **Desde el :** 01 MARZO DE 2024 | | **Hasta el:** 31 MARZO DE 2024 | | |
| **Objeto del contrato:** "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA INTERNA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y UFAP BLAS DE LEZO" | | | | | |

| **INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Fecha de suscripción** | 12 septiembre de 2023 | | | |
| **Fecha de Iniciación- Inicio** | 12 septiembre de 2023 | | | |
| **Plazo del contrato** | seis (06) meses | | | |
| **Fecha de Terminación** | 31 marzo de 2024. | | | |
| **Fecha de terminación final (incluir prórrogas)** | 15 abril de 2024 | | | |
| **Valor Inicial del contrato** | $ 121.640.000 (vigencia 2023 $ 72.060.000 - $ 10.600.000 = $ 61.460.000 + vigencia 2024 $ 60.180.000). | | | |
| **No. CDP y FECHA:** 68823 del 05 septiembre de 2023 124 DEL 04 ENERO DE 2024 | **VALOR:** $ 72.060.000 - $ 10.600.000 = $ 61.460.000 $ 60.180.000 | **No. CRP y FECHA:** 79123 del 12 septiembre de 2023 124 DEL 04 ENERO DE 2024 | **VALOR:** $ 72.060.000- $ 10.600.000 = $ 61.460.000 $ 60.180.000 | |
| **Valor total del contrato (incluido valor adición)** | | | | |
| **No** | **VALOR:** | **No. CRP y FECHA:** | **VALOR:** | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO** | **No. De PÓLIZA:** 3732769–7 5314222000365 **Anexo No: 2** | | **Aseguradora:** SURAMERICANA MAPFRE | |
| | **AMPAROS** | **VIGENCIA** | | **VALOR ASEGURADO** |
| | RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA | 19/02/023 | 19/02/2024 | $ 1.000.000.000 |
| | CUMPLIMIENTO | 11/09/2023 | 31/03/2023 | $ 7.206.000. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO (APLICA CUANDO SE MODIFICA EL CONTRATO EN TIEMPO Y VALOR)** | **No. De PÓLIZA Anexo No:** | | **Aseguradora: SURAMERICANA** | |
| | **AMPAROS** | **VIGENCIA** | | **VALOR ASEGURADO** |
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **MODIFICATORIOS DEL CONTRATO** | Primer modificatorio prorroga hasta el 15 abril de 2024. | |
| **TERMINACIÓN ANTICIPADA:** | | |
| **ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO** | **Valor total del contrato (Incluida adiciones)** | $ 121.640.000 (vigencia 2023 $ 72.060.000 - $ 10.600.000 = $ 61.460.000 + vigencia 2024 $ 60.180.000). |

| | |
|---|---|
| | 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 |

| | | |
|---|---|---|
| | **Valor total tramitado para pago** | $ 109.820.000 |
| | **Saldo del contrato** | Vigencia 2023 $ 0 – Vigencia 2024 $ 11.820.000. |
| | **Porcentaje de Ejecución:** | 90% |

| **APORTES A SEGURIDAD SOCIAL** | |
|---|---|
| **No de Planilla de Salud:** xxxxxxxxxxxxxx | Entidad: MEDIMAS EPS<br>Fecha de pago: xxxxxx<br>Valor: $ xxxxxx |
| **No de Planilla de Pensión:** xxxxxxxxxxxxxx | Entidad: Porvenir S.A<br>Fecha de pago: xxxxxx<br>Valor: $ xxxxxx |
| **No. de Planilla de Riesgos Profesionales.** xxxxxxxxxxxxxx | Entidad: Positiva Compañía<br>Fecha de pago: xxxxxx<br>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 |
| 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** | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 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** | 01/03/2024 | **HASTA EL** | 31/03/2024 |
| | **VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO (letras)** | DIECISEIS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE | | | |
| | **VALOR A PAGAR** ( Indicar valor en números ) | $ 16.460.000. | | | |

| | |
|---|---|
| **SUPERVISOR - DEPENDENCIA** | |
| **NOMBRE:** CC SAYURIS NAYETH HENRIQUEZ ORTIZ | |
| **CARGO:** JEFE SERVICIOS MEDICINA INTERNA | **FIRMA** |

| | |
|---|---|
| **DOCUMENTO 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.**<br>4. **Factura de venta FEN-44** |

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

**Acta Nº 007- Correspondiente al Periodo MARZO DE 2024**

| **DIRECCION DE SANIDAD NAVAL** | |
|---|---|
| **Fecha** | 31 MARZO DE 2024 |
| **Contrato, Orden o convenio Nº** | N° 415-ARC-DISAN-DHONAC-2023 |
| **Contratista** | ATENCION INTEGRAL EN MEDICINA AIM S.A.S |
| **Identificación (Cedula o Nit)** | 900805921-9 |
| **Objeto** | "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA INTERNA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y UFAP BLAS DE LEZO" |
| **Valor Total del Contrato** | $ 121.640.000 (vigencia 2023 $ 72.060.000 - $ 10.600.000 = $ 61.460.000 + vigencia 2024 $ 60.180.000). |
| **Plazo de Ejecución** | 15 abril de 2024. |
| **Forma y Condiciones de Pago** | PAGO PARCIAL |
| **Número de la factura** | FEN-44 |
| **Valor de la Factura** | $ 16.460.000 |
| **Saldo del contrato** | Vigencia 2023 $ 0 – Vigencia 2024 $ 11.820.000.- 90% de ejecución |
| **No CDP** | 68823 del 05 septiembre de 2023 - $ 72.060.000<br>124 DEL 04 ENERO DE 2024 - $ 60.180.000 |
| **No CRP** | 79123 del 12 septiembre de 2023 - $ 72.060.000<br>124 DEL 04 ENERO DE 2024 - $ 60.180.000 |

| **CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ITEM** | **DESCRIPCION** | **CANTIDAD** | **MARCA** | **ORDEN PEDIDO Nº** | **VALOR** |
| | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **ESM** | | | | | |
| **Observaciones** | Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato No. 415, 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** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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-44 | 18/03/2024 | $ 16.460.000 | HORAS CONSULTA EXTERNA-HORAS PRESENCIALES PISO (158 X VALOR $70.000), HORAS HOSPITALIZACION – URGENCIAS 180 X VALOR 30.000) | N/A | $ 16.460.000 |
| **Observaciones** | Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato **Nº 415-ARC-DISAN-DHONAC-2023**, 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 **FEBRERO DE 2024.**

**CC SAYURIS NAYETH HENRIQUEZ ORTIZ**
**SUPERVISOR DEL CONTRATO Nº 415-ARC-DISAN-DHONAC-2023**

## ATENCION INTEGRAL EN MEDICINA AIM SAS

NIT: 900805921
Oficina Principal | TEL:3008246740
MANGA CR VENTIDOS 28 38 ED ASTORGA AP 14 D CARTAGENA
Email: atencionintegralenmedicinasas@hotmail.com

**REPRESENTACIÓN GRÁFICA**
**Factura electrónica de venta**
#FEN44
Fecha Generación: 18/03/2024 13:03
Vencimiento: 18/03/2024

Razon Social: **HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA**
NIT - CC: **901541021**
Direccion: CR 2 14 210 BOCAGRANDE
Ciudad: CARTAGENA-BOLÍVAR
Telefono: 3202403264 -

Fecha Vencimiento: 18/03/2024
Forma de Pago: **CONTADO**

#000021 - **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ESPECIALISTAS EN MEDICINA INTERNA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y EN VIRTUD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS EN EL MES DE MARZO DE 2024 EN DESARROLLO DEL CONTRATO 415 ARC -DISAN-DHONAC 2023**

| Subtotal | Iva U. | Total U | Cant. | Total |
|---|---|---|---|---|
| $16,460,000.00 | $0.00 | $16,460,000.00 | 1 | **$16,460,000.00** |

| | |
|---|---|
| TOTAL PRODUCTOS | $16,460,000.00 |
| BASE GRAVABLE | $0.00 |
| SUBTOTAL | $16,460,000.00 |
| IVA | $0.00 |
| **TOTAL** | **$16,460,000.00** |

**- Regimen Simple de Tributación - No practique ninguna retención.** No somos grandes contribuyentes - Actividad comercial 0 - Facturación electrónica de acuerdo con la resolución DIAN 18764054463971 valida desde 2023-08-24 hasta 2024-08-24 rangos del 36 al 2000 prefijo FEN - No responsable del impuesto sobre las ventas. Esta factura de venta se asimila en sus afectos a una letra de cambio según artículo 774 del código de comercio y causa interés de mora a la máxima tasa permitida por la ley

CUFE: 3992b670190c57bdc9cbbcbce8e20b249a131168d96c598cdc98a288e72e304ac6d004a39b114b860ed3124ddd96dfb3
Fecha Expedición: 2024-03-18 13:40:06
Facturado en el Software oficinaPro de Proveedor Tecnologico Grupo FLA - NIT 900711544



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 |
| 2024-02 | 2024-02 | 519780489 | 9463436013 | I | 2024/03/12 | 2024/03/18 | BANCO AV VILLAS | 6 | $777,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $400,000 | $2,100 | $0 | $402,100 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $400,000 | $2,100 | $0 | $402,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $60,900 | $400 | $0 | $61,300 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $60,900 | $400 | $0 | $61,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $312,500 | $1,700 | $0 | $314,200 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $312,500 | $1,700 | $0 | $314,200 |
| TOTAL | | | | 1 | $773,400 | $4,200 | $0 | $777,600 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**OS GENERALES DEL APORTANTE**

| dentificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 047368346 | | SERPA DIAZ DAGOBERTO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 31A # 80-16 APTO 501 TORRE 1 | CARTAGENA-BOLIVAR | 6767704 | No |

**OS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nsión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| -02 | 2024-02 | 519780489 | 9463436013 | I | 2024/03/12 | 2024/03/18 | BANCO AV VILLAS | 6 | $777,600 |

**UIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| . | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| ursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | $2,500,000 | $400,000 | | | $2,500,000 | $312,500 | | | $0 | $0 | | | $2,500,000 | $60,900 | | $0 | $0 |
| tro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $2,500,000 | $400,000 | | | $2,500,000 | $312,500 | | | $0 | $0 | | | $2,500,000 | $60,900 | | $0 | $0 |
| ad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR ( 1 Afiliados) | | | | | $2,500,000 | $400,000 | | | $2,500,000 | $312,500 | | | $0 | $0 | | | $2,500,000 | $60,900 | | $0 | $0 |
| | 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 |
| tal | Afiliados( 1) | | | | | $2,500,000 | $400,000 | | | $2,500,000 | $312,500 | | | $0 | $0 | | | $2,500,000 | $60,900 | | $0 | $0 |

Cartagena, 18 de Marzo de 2023

Señores

**HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA**

E.S.D

Cordial Saludo,

El suscrito DAGOBERTO SERPA DIAZ, mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía no. 1.047.368.346 expedida en la ciudad de Cartagena, actuando en calidad de representante legal de la empresa ATENCION INTEGRAL EN MEDICINA AIM SAS identificada con NIT 900.805.921-9 tal como consta en el certificado de existencia y representación legal, con el acostumbrado respeto, declaro bajo la gravedad de juramento que he realizado los aportes al sistema de seguridad social y a parafiscales exigidos por la ley encontrándome a paz y salvo de todo concepto relacionado con dichos aportes

Atentamente

**DAGOBERTO SERPA DIAZ**

Representante Legal

ATENCION INTEGRAL EN MEDICINA AIM SAS

