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

Acta N° 01 Correspondiente al mes ABRIL DE 2024.

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	30 ABRIL DE 2024
Contrato, Orden o convenio Nº	**No.098-ARC-DISAN-DHONAC-2024**
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 Y DISPENSARIO DE BLAS DE LEZO.
Valor Total del Contrato	$ 13.680.000
Plazo de Ejecución	30 AGOSTO DE 2024
Forma y Condiciones de Pago	PAGOS PARCIALES de acuerdo a las horas mensuales prestadas.
Número de la factura	HKC9
Valor de la Factura	$ 2.280.000
Saldo del contrato	$ 11.400.000 - 17%.
No CDP	42924 DEL 23 ENERO DE 2024
No RP	35724 DEL 11 DE MARZO DE 2024

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.098** 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**
HKC9		22/04/2024	$ 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. 098** 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 MARZO DE 2024 No. Planilla Nº. 29600241.

CC MAGDA NOVA ARRIETA
SUPERVISOR DEL CONTRATO Nº 098-ARC-DISAN-DHONAC-2024.

	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 MAYO DE 2024	**Nombre del Contratista:** HEMOTO KIDS CARE SAS			**No. Contrato:** 098-ARC-DISAN-DHONAC-2024.
Periodo del informe:	**Desde el :** 01 ABRIL DE 2024		**Hasta el:** 30 ABRIL DE 2024	
1. Objeto del contrato: " CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN HEMATOONCOLOGIA PEDIATRICA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y DISPENSARIO DE BLAS DE LEZO.				
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO				
Fecha de suscripción	11 DE MARZO DE 2024			
Fecha de Iniciación- Inicio	13 DE MARZO DE 2024			
Plazo del contrato	SEIS MESES			
Fecha de Terminación	30 DE AGOSTO DE 2024			
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)				
Valor Inicial del contrato	$ 13.680.000			
No. CDP y FECHA: 42924 DEL 23 ENERO DE 2024	**VALOR:** $ 13.680.000	**No. CRP y FECHA:** 35724 DEL 11 DE MARZO DE 2024		**VALOR:** $ 13.680.000
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 1052972 **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	21/02/2024	30/12/2024	$ 1.368.000
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)**	$ 13.680.000
	Valor total tramitado para pago	*$2.280.000*
	Saldo del contrato	$ 11.400.000
	Porcentaje de Ejecución:	*17%*

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No de Planilla de Salud: **29059202**	Entidad: EPS SURA Fecha de pago: 16/04/2024 Valor: $ 126.300
No de Planilla de Pensión: **29059202**	Entidad: COLPENSIONES Fecha de pago: 16/04/2024 Valor: $ 625.100
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. **29059202**	Entidad: ARL SURA Fecha de pago: 16/04/2024 Valor: $ 77.200
No. de Planilla de ccf **29059202**	Entidad: CCF CARTAGENA Fecha de pago: 16/04/2024 Valor: $ 156.300

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.				
AUTORIZACIÓN DE PAGO	**PERÍODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/04/2024	**HASTA EL**	30/04/2024
	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° 098-ARC-DISAN-DHONAC-2024.	**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-9**

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
924f10e17349dcd721359318e1308abfe33b655446665d374669d4267d77d8d64649831d5e936914bd9a0d201bd1df3f

Número de Factura: HKC-9
Fecha de Emisión: 22/04/2024
Fecha de Vencimiento: 22/05/2024
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

								IMPUESTOS				Precio unitario
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	de venta
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 ABRIL 2024
Linea de negocio:



Documento validado por la DIAN 2024-04-22 09:48:23
Documento generado el: 2024-04-22 09:48:22
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

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con NI-901727166 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2024-03	25-14	900336004	COLPENSIONES	2	2	624.000	1.100	625.100
Período salud:	2024-04	EPS010	800088702	EPS SURA	2	2	156.000	300	156.300
Planilla Nro.:	29600241 Tipo E	14-11	890903790	ARL SURA	2	2	77.000	200	77.200
Clase de aportante:	B	CCF09	890480110	CCF DE CARTAGENA	2	2	156.000	300	156.300
Fecha transacción:	2024-04-16	PASENA	899999034	SENA	0	2	0	0	0
Banco:	BBVA	PAICBF	899999239	ICBF	0	2	0	0	0
Transacción:	580546208	PAESAP	899999054	ESAP	0	2	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	2	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 1.014.900

PAGADO