	ARMADA NACIONAL DE COLOMBIA DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL		
	PROCESO GESTIÓN RECURSOS FINANCIEROS		
	LISTA DE CHEQUEO PARA TRAMITES DE PAGO		
	Versión: 9.0	Fecha: 24/01/2024	Página: 1 de 1

PAGOS DE CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS		
CONTRATISTA: HEMOTO KIDS CARE SAS		No. CTO: No.098-ARC-DISAN-DHONAC-2024
ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA O SECOP (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE DE SOLICITUD DE PAGO	
5	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Verificar por parte del Supervisor del contrato en SISPRO)	
DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO		SECOP (Marque con una X)
7	OFICIO CERTIFICACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE RENTA	
8	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
9	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
10	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
11	PÓLIZA DE GARANTÍA	
12	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
13	COPIA DEL CONTRATO	
14	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	
OBSERVACIONES:		

CC. MAGDA LORENA NOVA ARRIETA

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS — SUPERVISOR

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA — ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — ÁREA DE CONTABILIDAD

#¿NOMBRE?

	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 JUNIO DE 2024	**Nombre del Contratista:** HEMOTO KIDS CARE SAS		**No. Contrato:** 098-ARC-DISAN-DHONAC-2024.
Periodo del informe:	**Desde el :** 01 MAYO DE 2024	**Hasta el:** 31 MAYO 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	*$ 4.560.000*
	Saldo del contrato	$ 9.120.000
	Porcentaje de Ejecución:	*33%*

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No de Planilla de Salud: 29870598	Entidad: EPS SURA Fecha de pago: 18/05/2024 Valor: $ 156.400
No de Planilla de Pensión: 29870598	Entidad: COLPENSIONES Fecha de pago: 18/05/2024 Valor: $ 625.600
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. 29870598	Entidad: ARL SURA Fecha de pago: 18/05/2024 Valor: $ 77.200
No. de Planilla de ccf 29870598	Entidad: CCF CARTAGENA Fecha de pago: 18/05/2024 Valor: $ 156.400

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**	01/05/2024	**HASTA EL**	31/05/2024
	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 Nº 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-10**

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

Acta N° 02 Correspondiente al mes MAYO DE 2024.

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	31 MAYO 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	HKC10
Valor de la Factura	$ 2.280.000
Saldo del contrato	$ 9.120.000 - 33%.
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
HKC10		20/05/2024	$ 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 ABRIL DE 2024 No. Planilla Nº. 29870598

CC MAGDA NOVA ARRIETA
SUPERVISOR DEL CONTRATO N° 098-ARC-DISAN-DHONAC-2024.

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
034083d554e57f550d3dca9212e80b141190591e42b6fc456b29c835c25ebbd81b4988bd72c5a5b023465f3ea3e01f05

Número de Factura: HKC-10
Fecha de Emisión: 20/05/2024
Fecha de Vencimiento: 19/06/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Consignación 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: iifnacion.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 MAYO 2024
Linea de negocio:

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2024-05-20 17:10:42
Documento generado el: 2024-05-20 17:10:41
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.

RAZÓN SOCIAL :	HEMATO KIDS CARE SAS
IDENTIFICACIÓN:	NI-901727166
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-05-20
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-05-17
FECHA DE PAGO:	2024-05-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-04
PERÍODO SALUD:	2024-05
NÚMERO PLANILLA:	29870598
TOTAL COTIZANTES:	2
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	29870598
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	2	$ 0	$ 0	$ 400	$ 156.000	$ 156.400
Subtotal Salud		1	2	$ 0	$ 0	$ 400	$ 156.000	$ 156.400
25-14	900336004	COLPENSIONES	2	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 624.000	$ 625.600
Subtotal Pensión		1	2	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 624.000	$ 625.600
14-11	890903790	ARL SURA	2	$ 0	$ 0	$ 200	$ 77.000	$ 77.200
Subtotal ARL		1	2	$ 0	$ 0	$ 200	$ 77.000	$ 77.200
CCF09	890480110	CCF DE CARTAGENA	2	$ 0	$ 0	$ 400	$ 156.000	$ 156.400
Subtotal CCF		1	2	$ 0	$ 0	$ 400	$ 156.000	$ 156.400
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 2.600	$ 1.013.000	$ 1.015.600

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/06/2024