	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÒN DE SANIDAD NAVAL**		
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL		
	INFORME DE SUPERVISIÓN PRESTACIÓN SERVICIOS PERSONA NATURAL		
	Versión 1.0	**Fecha: 15/02/2022**	**Página 1 de 3**

DATOS DEL INFORME				
Fecha de presentación: 05/06/2024	**Nombre del Contratista: B&S CARDIOLOGOS - ECOCARDIOGRAFISTAS S.A.S**			**No. Contrato: 130-ARC-DISAN-HONAC-2024**
Periodo del informe:	**Desde el : 01/05/2024**		**Hasta el: 31/05/2024**	
Objeto del contrato: "CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CARDIOLOGÍA PARA LA VALORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS DE CARDIOLOGÍA Y DEMÁS QUE SEAN PROPIOS DE SU COMPETENCIA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y UFAP BLAS DE LEZO".				

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO				
Fecha de suscripción	12 de febrero de 2024			
Fecha de Iniciación- Inicio	26 de marzo de 2024			
Plazo del contrato	Seis (06) meses			
Fecha de Terminación	31 de agosto de 2024			
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	31 de agosto de 2024			
Valor Inicial del contrato	$ 60.000.000,00			
No. CDP y FECHA: 43924 del 23-01-2024	**VALOR: $60.000.000,00**	**No. CRP y FECHA: 41524 del 01-04-2024**	**VALOR: $60.000.000,00**	
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: 75-03-101013381 Anexo No:		**Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO**	
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
RESPONSABILIDAD CIVIL	**04-10-2023**	**10-04-2024**	**$260.000.000,00**

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

No. De PÓLIZA: 75-46-101014140 Anexo No: 0		**Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO**	
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**01/04/2024**	**31-08-2024**	**$6.000.000,00**

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO		
TERMINACIÓN ANTICIPADA:		
STADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	$60.000.000,00
	Valor total tramitado para pago	$24.000.000,00

	Saldo del contrato	$36.000.000,00
	Porcentaje de Ejecución:	40 %

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No de Planilla de Salud: 77025631	Entidad: EPS SURA Fecha de pago: 09/05/2024 Valor: $ 300.000
No de Planilla de Pensión: 77025631	Entidad: COLPENSIONES Fecha de pago: 09/05/2024 Valor: $ 384.400
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. 77025631	Entidad: ARL Riesgos prof. Colmena Fecha de pago: 09/05/2024 Valor: $ 58.800

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
	Expedición conceptos médicos, resúmenes de historia clínica y demás documentación legal requerida para la realización de las juntas médico-laborales y/o a solicitud del paciente interesado. Expedición conceptos médicos, resúmenes de historia clínica y demás documentación legal requerida para la realización de las juntas médico-laborales y/o a solicitud del paciente interesado. Documentación de la atención del paciente realizando historia clínica, formulación, evoluciones y epicrisis de acuerdo a la normatividad vigente y a los requisitos de la institución. Realización Consulta externa según demanda establecida por el usuario, de acuerdo con la agenda medica programada en el mes de mayo de 2024 Se verifico el cumplimiento de las citas médicas en el sistema de	-Cumplió la normatividad legal vigente dictada por el Ministerio de la Protección Social y la reglamentación interna del Hospital Naval Nivel III de Cartagena. -Respondió a solicitudes de apoyo asistencial en relación con la especialidad, de otras dependencias del Hospital cuando así fue requerido. -Obró con ética, lealtad y buena fe en cada acto médico. cumplió con los turnos asignados acuerdo cuadro de turnos del mes de mayo/24.			x		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.

	dinámica gerencial para un total de 100 horas presenciales y lecturas de procedimientos diagnósticos ecocardiograma, pruebas de esfuerzo y holter por valor de $ 120.000.						

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 Comprobantes de pago.				
AUTORIZACIÓN DE PAGO	**PERÍODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/05/2024	**HASTA EL**	31/05/2024
	VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO (letras)	DOCE MILLONES DE PESOS MCTE.-			
	VALOR A PAGAR (Indicar valor en números)	**$** 12.000.000,00			

SUPERVISOR - DEPENDENCIA	
NOMBRE: CC SAYURIS HENRIQUEZ ORTIZ	
CARGO: JEFE SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HONAC	**FIRMA**

DOCUMENTO SOPORTES	1. **Solicitud de pago** 2. **Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales)** 3. **Informe de supervisión y cumplimiento del Contratista.** 4. **Factura Electrónica** 5. **Modificatorio** 6. **CRP**

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

Acta Nº 002 Correspondiente al mes mayo DE 2024

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	31 de mayo de 2024
Contrato, Orden o convenio Nº	N° 130-ARC-DISAN-DHONAC-2024
Contratista	B&S CARDIOLOGOS - ECOCARDIOGRAFISTAS S.A.S
Identificación (Cedula o Nit)	901.240.365-0
Objeto	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CARDIOLOGÍA PARA LA VALORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS DE CARDIOLOGÍA Y DEMÁS QUE SEAN PROPIOS DE SU COMPETENCIA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y UFAP BLAS DE LEZO
Valor Total del Contrato	$60.000.000,00
Plazo de Ejecución	31 de agosto 2024
Forma y Condiciones de Pago	PAGO PARCIAL
Número de la factura	FE1712
Valor de la Factura	$12.000.000,00
SALDO Y PORCENTAJE	$36.000.000,00 Y 40% DE EJECUCIÓN
No CDP	43924 del 23-01-2024 por $60.000.000,00
No CRP	41524 del 01-04-2024 por $60.000.000,00

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.** _____ manifiesta que el contratista _____, 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**
	FE1712	15/05/2024	$12.000.000,00	HORAS CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS (100 X VALOR DE $120.000,00).	N/A	$12.000.000,00
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato **No. 130-ARC-DISAN-DHONAC-2023,** manifiesta que el contratista **B&S CARDIOLOGOS - ECOCARDIOGRAFISTAS 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 de MES DE ABRIL DE 2024 Planillas No. 77025631

CC SAYURIS HENRIQUEZ ORTIZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO No. 130-ARC-DISAN-DHONAC-2024

ByS Cardiologos Calle 5 No 6a - 19 Centro Médico Bocagrande Barrio Castillogrande, Cartagena 3232271833 - NIT - 901240365-0 B&S Cardiólogos SAS Centro Medico Bocagrande Consultorio 301-302, 3232271833, Cartagena	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE1712	FECHA FACTURA			FECHA VENCIMIENTO		
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
		15	5	2024	15	6	2024

FACTURADO CON CARGO A	DOCUMENTO PAGADOR	FOLIOS
HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Dirección: CR 2 14 210 BRR BOCAGRANDE Ciudad: Cartagena Celular: 3145067704	NIT - 901541021	Folio 1 de 1 folio(s)

CUFE: f619d65e712210e61d62a1fd8696739044b3011f1fa5a1edb0e3ed604b8d58715bec4bdb8cd46cf4e1685c6285f44212

NOTA
#$15-01-11-094;contrato No.130HONAC/2023; sayuris.henriquez@armada.mil.co#$

Facturación por Electrónica generada por ByS Cardiologos. Autorización de facturación No. 18764052156712 de 21/07/2023. Vigencia hasta 21/01/2024 - 6 meses. Rango autorizado: FE501 a FE2000

Cargos Facturados

CÓDIGO	PACIENTE - DOCUMENTO - N. AUTORIZACIÓN	CDO. - CONCEPTO FACTURACIÓN	VAL.	CANT	DESCUENTOS	ANTICIPOS	TOTAL
	Paciente: HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Documento: NIT 901541021 Teléfono: 3145067704 Ciudad: Cartagena Fecha: 15/05/2024	CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA	$120.000,00	100	$0,00	$0,00	$12.000.000,00

Discriminación de Impuestos

BASE	TARIFA	IMPUESTO
$12,000,000.00	0.0%	$0.00

VALOR A PAGAR EN LETRAS		SUBTOTAL	$12,000,000.00
DOCE MILLONES PESOS COLOMBIANOS		TOTAL DESCUENTOS	$0.00
FIRMA Y SELLO		TOTAL ANTICIPOS	$0.00
		TOTAL IVA	$0.00
		RET. ICA	$0.00
ACEPTADO CLIENTE		RET. FUENTE	$0.00
		RET. IVA	$0.00
		VALOR A PAGAR	**$12,000,000.00**

Fecha de impresión 15/05/2024 por dana.leal Generada por: dana.leal

FACTURA IMPRESA POR SALUDTOOLS WWW.SALUDTOOLS.COM

Cartagena, Mayo 15 de 2024

Señores
HOSPITAL NAVAL

Respetados Señores:

En calidad de representante legal de la sociedad **B&S CARDIOLOGOS ECOCARDIOGRAFISTAS SAS** identificada con NIT. 901.240.365-0, certifico que esta sociedad da permanente y oportuno cumplimiento a la vinculación y pago de Salud, Pensión, Riesgos Profesionales y demás parafiscales de sus empleados vinculados mediante contrato de trabajo.

De igual forma efectúa control mensual del pago de la seguridad social integral de los médicos vinculados mediante contrato de prestación de servicios.

Atentamente,

MARCO BLANQUICETT ANAYA
CC. 3.805.255
REPRESENTANTE LEGAL

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	3805255	MARCO LUIS BLANQUICETT ANAYA	calle 23 No 68-50 E. puerto bahia Int 2 apto	6924185	marcoblanquicett@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOLÍVAR	CARTAGENA DE INDIAS		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	09/05/2024	77025631	$742.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	300.000	0		0		0	0	0	0	300.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	384.000	0	0	0	0	0	0		384.000	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	58.500				58.500	0	0	58.500			585	58.500	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días 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	300.000	300.000
Pensión	1	384.000	384.000
Riesgos Laborales	1	58.500	58.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	742.500	742.500

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
CC	3805255	MARCO LUIS BLANQUICETT ANAYA		calle 23 No 68-50 E. puerto bahia Int 2 apto 201	6924185	marcoblanquicett@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOLÍVAR	CARTAGENA DE INDIAS	NO

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	
2024-04	2024-04	I	09/05/2024	77025631	$742.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cólom. exterior	Estudiante	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	Cód. 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	3805255	BLANQUICETT ANAYA MARCO LUIS	59	0			N																	25-14	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS010	2.400.000	300.000	14-25	2.400.000	3	58.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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