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

**Acta N° 03 Correspondiente al mes MAYO DE 2024.**

| **DIRECCION DE SANIDAD NAVAL** | |
|---|---|
| **Fecha** | 31 MAYO 2024. |
| **Contrato, Orden o convenio N°** | **No.121-ARC-DISAN-DHONAC-2024** |
| **Contratista** | JOSE MIGUEL ESCAMILLA ARRIETA |
| **Identificación (Cedula o Nit)** | 9.093.110 |
| **Objeto** | CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO NEUMOLOGO PEDIATRA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y DISPENSARIO DE BLAS DE LEZO. |
| **Valor Total del Contrato** | $ 13.500.000 |
| **Plazo de Ejecución** | 31 DE JULIO DE 2024 |
| **Forma y Condiciones de Pago** | PAGOS PARCIALES de acuerdo a las horas mensuales prestadas. |
| **Número de la factura** | FEJE368 |
| **Valor de la Factura** | $ 3.420.000 |
| **Saldo del contrato** | $ 5.940.000 – 56 % |
| **No CDP** | 43024 DEL 23 ENERO DE 2024 - $ 13.500.000 |
| **No RP** | 36824 DEL 14 MARZO DE 2024 - $ 13.500.000 |

**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. 121**, manifiesta que el contratista **JOSE MIGUEL ESCAMILLA ARRIETA**, 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| FEJE368 | 27/05/2024 | $ 3.420.000 | 19 horas presenciales consulta externa valor $ 180.000. | | $ 3.420.000 |

| | |
|---|---|
| **Observaciones** | Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato **No. 121** manifiesta que el contratista **JOSE MIGUEL ESCAMILLA ARRIETA**, 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 mes de ABRIL DE 2024 N° 79121033685.**

**CC MAGDA NOVA ARRIETA**
**SUPERVISOR DEL CONTRATO N° 121-ARC-DISAN-DHONAC-2024**

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

| **DATOS DEL INFORME** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Fecha de presentación**<br>05 JUNIO DE 2024 | **Nombre del Contratista:** ROBERTO JAVIER GARCIA BERMEJO | | | **No. Contrato:** 145-ARC-DISAN-DHONAC-2024. |
| **Periodo del informe:** | **Desde el :** 01 MAYO DE 2024 | | **Hasta el:** 31 MAYO DE 2024 | |
| **1. Objeto del contrato: "**<br>CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ENDOCRINOLOGO PEDIATRA DEL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y DISPENSARIO DE BLAS DE LEZO.." | | | | |

| **INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Fecha de suscripción** | 26 MARZO DE 2024 | | | |
| **Fecha de Iniciación- Inicio** | 02 ABRIL DE 2024 | | | |
| **Plazo del contrato** | 5 MESES | | | |
| **Fecha de Terminación** | 30 AGOSTO DE 2024 | | | |
| **Fecha de terminación final (incluir prórrogas)** | | | | |
| **Valor Inicial del contrato** | $ 32.400.000 | | | |
| **No. CDP y FECHA:**<br>42724 DEL 23 ENERO DE 2024 | **VALOR:**<br>$ 32.400.000 | **No. CRP y FECHA:**<br>41624 DEL 01 ABRIL DE 2024 | **VALOR:**<br>$ 32.400.000 | |
| **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:**<br>802054206<br>801027127<br>**Anexo No:** | | **Aseguradora:**<br>CONFIANZA | |
|---|---|---|---|
| **AMPAROS** | **VIGENCIA** | | **VALOR ASEGURADO** |
| RESPONSABILIDAD CIVIL | 13/03/2024 | 13/03/2025 | $ 400.000.000.00 |
| CUMPLIMIENTO | 09/03/2024 | 30/08/2024 | $ 3.240.000.00 |

**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** |
| | | | |
| | | | |

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

| | | |
|---|---|---|
| **MODIFICATORIOS DEL CONTRATO** | | |
| **TERMINACIÓN ANTICIPADA:** | | |
| **ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO** | **Valor total del contrato (Incluida adiciones)** | $ 32.400.000 |
| | **Valor total tramitado para pago** | $ 11.160.000 |
| | **Saldo del contrato** | $ 21.240.000 |
| | **Porcentaje de Ejecución:** | 34% |

**APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | |
|---|---|
| **No de Planilla de Salud:**<br>7927768091 | Entidad: SURAMERICANA DE SERVICIO DE SALUD<br>Fecha de pago: 27/05/2024<br>Valor: $ 288.200 |
| **No de Planilla de Pensión:**<br>7927768091 | Entidad: PORVENIR<br>Fecha de pago: 27/05/2024<br>Valor: $ 368.800 |
| **No. de Planilla de Riesgos Profesionales.**<br>7927768091 | Entidad: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS<br>Fecha de pago: 27/05/2024<br>Valor: $ 56.200 |

**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, 32 horas por valor de $ 180.000 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<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 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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 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)** | CINCO MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE. | | | |
| | **VALOR A PAGAR ( Indicar valor en números )** | $ 5.760.000 | | | |

**SUPERVISOR - DEPENDENCIA**

**NOMBRE:**
CC MAGDA NOVA ARRIETA

**CARGO:** PEDIATRA HONAC
SUPERVISOR CONTRATO N° 145-ARC-DISAN-DHONAC-2024.

**FIRMA**

| | |
|---|---|
| **DOCUMENTO SOPORTES** | 1. **Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales)**<br>2. **Acta de recibo de a satisfacción parcial**<br>3. **Factura electrónica** RGB-2813 |

DIAN

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
12488c69fc28d5c5d5dd5842738ab49e1d407d993ad41b279755ed4494f729b054538b39257e814ce87ac5a32252be69

**Número de Factura:** RGB-2813
**Fecha de Emisión:** 22/05/2024
**Fecha de Vencimiento:** 21/07/2024
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Transferencia Débito
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** GARCIA BERMEJO ROBERTO JAVIER
**Nombre Comercial:** GARCIA BERMEJO ROBERTO JAVIER
**Nit del Emisor:** 72260256
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8621

**País:** Colombia
**Departamento:** Bolívar
**Municipio / Ciudad:** Cartagena De Indias
**Dirección:** BRR EL LAGUITO ED ALONSO DE OJEDA C 1 A 02 50 P 4 AP 3
**Teléfono / Móvil:** 3008281565
**Correo:** robertogarciabermejo@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:** CRA 2 14 210
**Teléfono / Móvil:** 3202403264
**Correo:** siifnacion.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 | 02 | HONORARIOS POR PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ENDOCRINOLOGO PEDIATRA DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA , MES DE MAYO DE 2024 | NIU | 5.760.000,00 | $ 1,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 5.760.000,00 |

### Notas Finales

Linea de negocio: #$15-01-11-094;contratoNo145HONAC/2024;magda.nova@armada.mil.co#$



**Documento validado por la DIAN 2024-05-22 07:48:57**
**Documento generado el: 2024-05-22 07:48:56**
**Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Subtotal** | | | 5.760.000,00 |
| Descuento detalle | | | 0,00 |
| Recargo detalle | | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | | 5.760.000,00 |
| IVA | | | 0,00 |
| INC | | | 0,00 |
| Bolsas | | | 0,00 |
| Otros impuestos | | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | | | 5.760.000,00 |
| Descuento Global (-) | | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ | 5.760.000,00 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0,00 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764065969857 Rango desde: 2801 Rango hasta: 2871 Vigencia: 2024-08-22

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 72260256 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ROBERTO GARCIA BERMEJO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CARTAGENA | DEPARTAMENTO: | BOLIVAR |
| DIRECCIÓN: | EL LAGUITO, ED ALONSO DE | TELÉFONO: | 6446130 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7927768091** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: mayo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: mayo | | |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2024 | SALUD: | AÑO: 2024 | | |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/05/27 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 663619227 | | |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 368.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 368.800** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800088702 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 288.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 288.200** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 56.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 56.200** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 713.200** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 713.200** |

ACTIVIDADES REALIZADAS
SERVICIO: ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

mayo DE 2024

Las actividades del Servicio de Endocrinología Pediátrica realizadas son:

32 horas en el mes de mayo de 2024

| | |
|---|---|
| 2 de mayo: | 11:00 am – 3:00 pm; total: 4 horas (8 pacientes) |
| 6 de mayo: | 11:00 am – 3:00 pm; total: 4 horas (8 pacientes) |
| 8 de mayo: | 11:00 am - 3:00 pm; total: 4 horas (8 pacientes) |
| 9 de mayo: | 11:00 am – 3:00 pm; total: 4 horas (8 pacientes) |
| 15 de mayo: | 11:00 am – 3:00 pm; total: 4 horas (8 pacientes) |
| 16 de mayo: | 11:00 am – 3:00 pm; total: 4 horas (8 pacientes) |
| 20 de mayo: | 11:00 am – 3:00 pm; total: 4 horas (8 pacientes) |
| 22 de mayo: | 11:00 am – 3:00 pm; total: 4 horas (8 pacientes) |

Atentamente



Roberto García Bermejo
Cc 72260256
Endocrinología pediátrica

