	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 DE MAYO DE 2024.	**Nombre del Contratista:** PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS SAS			**No. Contrato:** 100-ARC-DISAN-DHONAC-2024.
Periodo del informe:	**Desde el :** 01 DE ABRIL DE 2024		**Hasta el:** 30 DE ABRIL DE 2024	
1. Objeto del contrato: " PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA PEDIATRICA PARA EL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA Y DISPENSARIO DE BLAS DE LEZO.				

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO				
Fecha de suscripción	28 DE FEBRERO DE 2024			
Fecha de Iniciación- Inicio	15 DE MARZO DE 2024			
Plazo del contrato	CUATRO (04) MESES			
Fecha de Terminación	31 DE AGOSTO DE 2024.			
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)				
Valor Inicial del contrato	90.000.000.00			
No. CDP y FECHA: 42124 DE 23/01/2024	**VALOR:** $ 90.000.000.00	**No. CRP y FECHA:** 38624 14/03/2024		**VALOR:** $ 90.000.000.00
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: 65-03-101046733 **Anexo No:**		**Aseguradora:** SEGUROS DEL ESTADOS S.A
AMPAROS	**VIGENCIA**	**VALOR ASEGURADO**
RESPONSABILIDAD CIVIL	02/09/2023 – 02/09/2024	$ 1.000.000.000.00
CUMPLIMIENTO	01/03/2024 – 31/08/2024	$ 9.000.000.00

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**

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO		
TERMINACIÓN ANTICIPADA:		
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	$ 90.000.000.00
	Valor total tramitado para pago	*$ 30.000.000.00*
	Saldo del contrato	$ 60.000.000.00

	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

		Porcentaje de Ejecución:	33.3 %				
APORTES A SEGURIDAD SOCIAL							
No de Planilla de Salud: 76060343		Entidad: NUEVA EPS Fecha de pago: 03/04/2024 Valor: $ 1.126.000.00					
No de Planilla de Pensión: 76060343		Entidad: COLPENSIONES Fecha de pago: 03/04/2024 Valor: $ 1.531.500.00					
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. 76060343		Entidad: POSITIVA SEGUROS Fecha de pago: 03/04/2024 Valor: $ 219.500					
CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES							
No.	**DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN**	**DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN**	**DEFICIENTE**	**A MEJORAR**	**SATISFACTORI**	**SOBRESALIENT**	**OBSERVACIONES**
	Acudir al llamado en tiempo de respuesta no superior a cuatro (4) horas, en caso a valoración de urgencias y dar respuestas a interconsulta acuerdo a parámetros establecidos de respuestas. Se exceptúan los casos de extrema urgencias y emergencia según criterio médico, las cuales deberá responder en menos de 1 hora	Acude a los llamados del servicio de urgencia acuerdo a turnos de disponibilidad asignados. 15 días por valor de $ 1.000.000 c/u.			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. Se anexa comprobante de pago.						
AUTORIZACIÓN DE PAGO	**PERÍODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/04/2024	**HASTA EL**	30/04/2024		
	VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO (letras)	QUINCE MILLONES PESOS M/CTE.					
	VALOR A PAGAR (Indicar valor en números)	*$ 15.000.000.00*					
SUPERVISOR - DEPENDENCIA							
NOMBRE: CC ERIKSSON REYES HERNANDEZ							
CARGO: JEFE SERVICIO CIRUGIA GENERAL SUPERVISOR CONTRATO N° 100-ARC-DISAN-DHONAC-2024.							
FIRMA							
DOCUMENTO SOPORTES	**1. Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales)** **2. Acta de recibo de satisfacción parcial.** **3. Factura electrónica de venta PAK-332**						

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

Acta N° 002 Correspondiente de ABRIL de 2024.

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	30 DE ABRIL DE 2024
Contrato, Orden o convenio N°	No. 100-ARC-DISAN-HONAC-2024
Contratista	PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS SAS
Identificación (Cedula o Nit)	901.088.105-1
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA PEDIATRICA PARA EL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA Y DISPENSARIO DE BLAS DE LEZO.
Valor Total del Contrato	$ 90.000.000.00
Plazo de Ejecución	31 DE AGOSTO DE 2024
Forma y Condiciones de Pago	PAGOS PARCIALES
Número de la factura	PAK-332
Valor de la Factura	$ 15.000.000.00
Saldo del contrato	$ 60.000.000.00 – 33.3 %
No CDP	42124 DEL 23/01/2024
No RP	36624 DEL 14/03/2024

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.100**, manifiesta que el contratista **PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS 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
PAK-332	22/04/2024	$ 15.000.000	15 días disponibilidad presenciales hospitalización y urgencia valor $ 1.000.000.		$ 15.000.000

Observaciones

Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato **No.100**, manifiesta que el contratista **PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS 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 76060343.

CC ERIKSSON REYES HERNANDEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO N° 100-ARC-DISAN-HONAC-2024

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

PANAKEIA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
db06f1a3d3ad9cdec10669faa37a16fce789714311c907c5960289ae8ef6dbf78c7a1c081c07f769eba0712f627d6df4

Número de Factura: PAK-332
Fecha de Emisión: 22/04/2024
Fecha de Vencimiento: 21/06/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Crédito Ahorro
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS S.A.S.
Nombre Comercial: PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS S.A.S.
Nit del Emisor: 901088105
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8610
País: Colombia
Departamento: Bolívar
Municipio / Ciudad: Cartagena De Indias
Dirección: BRR PASEO BOLIVAR CR 16 36 39 CON LA SEVILLANA
Teléfono / Móvil: 3135365584
Correo: panakeiasas@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: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Calle 000
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: Slfnacion.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	5	servicios medicos MArzo 2024	NIU	15.000.000,00	$ 1,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 15.000.000,00

Notas Finales

Linea de negocio: Servicios Marzo 2024

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-04-22 14:26:26
Documento generado el: 2024-04-22 14:26:26
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			15.000.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			15.000.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			15.000.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	15.000.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764060318926 Rango desde: 295 Rango hasta: 2000 Vigencia: 2024-11-21

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	1075282803	LUIS MIGUEL MATEUS PEÑA	Calle 63D# 28A 52	3116114435	lu.smateuspe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-03	2024-03	I	03/04/2024	76060343	TOTAL A PAGAR	
					$2,877,000	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.125.000	0		0		0	1	1.000	0	1.126.000	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	1.440.000	0	0	45.000	45.000	1	1.300	200	1.531.500	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	219.300				219.300	1	200	219.500			2.193	219.500	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	1.125.000	1.126.000
Pensión	1	1.530.000	1.531.500
Riesgos Laborales	1	219.300	219.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.874.300	2.877.000

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	1075282803	LUIS MIGUEL MATEUS PEÑA		Calle 63D# 28A 52	3118114435	lu smateuspe@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

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	
2024-03	2024-03	I	03/04/2024	76660343	$2,877,000	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dptamento	Municipio	Primer Apellido	Segundo Apellido	Extranjero	INC	INT	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	1075282803	MATEUS PEÑA LUIS MIGUEL	67	0			N																	25-14	9,000,000	1,440,000	0	0	45,000	45,000	EPS037	9,000,000	1,125,000	14-23	9,000,000	3	219,300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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