Copia

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

**Acta N° 04 Correspondiente al mes JULIO DE 2024**

| **DIRECCION DE SANIDAD NAVAL** | |
|---|---|
| **Fecha** | 31 JULIO DE 2024. |
| **Contrato, Orden o convenio N°** | **No.145-ARC-DISAN-DHONAC-2024** |
| **Contratista** | ROBERTO JAVIER GARCIA BERMEJO |
| **Identificación (Cedula o Nit)** | 72.260.256 |
| **Objeto** | CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ENDOCRINOLOGO PEDIATRA DEL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y DISPENSARIO DE BLAS DE LEZO. |
| **Valor Total del Contrato** | $ 32.400.000 |
| **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** | RGB-2819 |
| **Valor de la Factura** | $ 7.200.000 |
| **Saldo del contrato** | $ 8.280.000 – 74 %. |
| **No CDP** | 42724 DEL 23 ENERO DE 2024 - $ 32.400.000 |
| **No RP** | 41624 DEL 01 ABRIL DE 2024 - $ 32.400.000 |

**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.145**, manifiesta que el contratista **ROBERTO JAVIER GARCIA BERMEJO**, 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| RGB-2819 | 22/07/2024 | $ 7.200.000 | 40 horas presenciales consulta externa valor $ 180.000. | | $ 7.200.000 |

| | |
|---|---|
| **Observaciones** | Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato **No. 596** manifiesta que el contratista **ROBERTO JAVIER GARCIA BERMEJO**, 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 MES JULIO DE 2024 N** 7934907412.

**SMSM GERARDO CASTELLAR ARBELAEZ**
**SUPERVISOR DEL CONTRATO N° 145-ARC-DISAN-DHONAC-2024.**

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

| DATOS DEL INFORME | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de presentación** 05 AGOSTO DE 2024 | **Nombre del Contratista:** ROBERTO JAVIER GARCIA BERMEJO | | **No. Contrato:** 145-ARC-DISAN-DHONAC-2024. |
| **Periodo del informe:** | **Desde el :** 01 JULIO DE 2024 | **Hasta el:** 31 JULIO DE 2024 | |
| **1. Objeto del contrato: "** 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:** 42724 DEL 23 ENERO DE 2024 | **VALOR:** $ 32.400.000 | **No. CRP y FECHA:** 41624 DEL 01 ABRIL DE 2024 | **VALOR:** $ 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:** 802054206 801027127 **Anexo No:** — **Aseguradora:** 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<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 |

| | | |
|---|---|---|
| **MODIFICATORIOS DEL CONTRATO** | | |
| **TERMINACIÓN ANTICIPADA:** | | |
| **ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO** | **Valor total del contrato (Incluida adiciones)** | $ 32.400.000 |
| | **Valor total tramitado para pago** | $ 24.120.000 |
| | **Saldo del contrato** | $ 8.280.000 |
| | **Porcentaje de Ejecución:** | 74% |

**APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | |
|---|---|
| **No de Planilla de Salud:** 7934907412 | Entidad: SURAMERICANA DE SERVICIO DE SALUD<br>Fecha de pago: 18/07/2024<br>Valor: $ 362.500 |
| **No de Planilla de Pensión:** 7934907412 | Entidad: PORVENIR<br>Fecha de pago: 18/07/2024<br>Valor: $ 464.000 |
| **No. de Planilla de Riesgos Profesionales.** 7934907412 | Entidad: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS<br>Fecha de pago: 18/07/2024<br>Valor: $ 70.700 |

**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, 40 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 |
| | 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 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** | 01/07/2024 | **HASTA EL** | 31/07/2024 |
| | **VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO (letras)** | SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE. | | | |
| | **VALOR A PAGAR ( Indicar valor en números )** | $ 7.200.000 | | | |

| | |
|---|---|
| **SUPERVISOR - DEPENDENCIA** | |
| **NOMBRE:** SMSM GERARDO CASTELLAR ARBELAEZ | |
| **CARGO:** PEDIATRA HONAC<br>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-2819 |

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
ca827c2682f5fbc861a5bba2a00deeea14ec70a2ab5b5fdf41645ea4940e6294889d91c770c9584dd340d45e3546df18

**Número de Factura:** RGB-2819
**Fecha de Emisión:** 22/07/2024
**Fecha de Vencimiento:** 20/09/2024
**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:** sifnacion.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 JULIO DE 2024 | NIU | 7.200.000,00 | $ 1,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 7.200.000,00 |

### Notas Finales

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

## ...itos Totales



**Documento validado por la DIAN 2024-07-22 17:23:05**
**Documento generado el: 2024-07-22 17:23:04**
**Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Subtotal** | | | 7.200.000,00 |
| Descuento detalle | | | 0,00 |
| Recargo detalle | | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | | 7.200.000,00 |
| IVA | | | 0,00 |
| INC | | | 0,00 |
| Bolsas | | | 0,00 |
| Otros impuestos | | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | | | 7.200.000,00 |
| Descuento Global (-) | | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ | 7.200.000,00 |

**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
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| N: | | | |
| OCIAL: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 72260256 |
| | CARTAGENA | DEPARTAMENTO: | ROBERTO GARCIA BERMEJO |
| | EL LAGUITO, ED ALONSO DE OJEDA APTO 403 | TELÉFONO: | BOLIVAR |
| | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | 6446130 |
| ACIÓN: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | I-INDEPENDIENTE |
| | ÚNICO | | Actividades de la práctica médica, sin internació |
| RADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 7934907412 | TIPO DE PLANILLA: | | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | Julio AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | MES | Julio AÑO |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/07/18 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301-PORVENIR | 1 | $ 464.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 464.000 | $ 0 | $ 464.000 |
| | | | | | | | | | **$ 464.000** | **$ 0** | **$ 464.000** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 362.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 362.500 | $ 0 | $ 0 | $ 362.500 |
| | | | | | | | | | | | | **$ 362.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 362.500** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 70.700 | $ 70.700 | $ 0 | $ 0 | $ 70.700 |
| | | | | | | | | **$ 70.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 70.700** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE: TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | NOVEDADES: ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INDEPENDIENTE. CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.900.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN: ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301-PORVENIR | 30 | $ 2.900.000 | $ 464.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 464.000 |

| SEGURIDAD SOCIAL – SALUD: ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 2.900.000 | $ 362.500 | $ 0 | $ 362.500 |

| ARP: ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 2.900.000 | 72260256 | $ 70.700 |

| PARAFISCALES: DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 897.200 |
|---|---|

Planilla Pagada

ACTIVIDADES REALIZADAS
SERVICIO: ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

JULIO DE 2024

Las actividades del Servicio de Endocrinología Pediátrica realizadas son:

40 horas en el mes de JULIO de 2024

| | |
|---|---|
| 3 de JULIO: | 11:00 am – 3:00 pm; total: 4 horas (8 pacientes) |
| 4 DE JULIO: | 11:00 am – 3:00 pm; total: 4 horas (8 pacientes) |
| 8 DE JULIO: | 11:00 am - 3:00 pm; total: 4 horas (8 pacientes) |
| 10 DE JULIO: | 11:00 am – 3:00 pm; total: 4 horas (8 pacientes) |
| 15 DE JULIO: | 11:00 am – 3:00 pm; total: 4 horas (8 pacientes) |
| 17 DE JULIO: | 11:00 am – 3:00 pm; total: 4 horas (8 pacientes) |
| 22 DE JULIO: | 11:00 am – 3:00 pm; total: 4 horas (8 pacientes) |
| 24 DE JULIO: | 11:00 am – 3:00 pm; total: 4 horas (8 pacientes) |
| 29 DE JULIO: | 11:00 am - 3:00 pm; total: 4 horas ( 8 pacientes) |
| 31 DE JULIO: | 11:00 am - 3:00 pm; total: 4 horas ( 8 pacientes) |

Atentamente



Roberto García Bermejo
Cc 72260256
Endocrinología pediátrica