	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: 05/07/2024	**Nombre del Contratista: ANESTIGAL S.A.S.**				**No. Contrato: 077-ARC-DISAN-HONAC-2024**
Periodo del informe:	**Desde el :** 01/06/2024		**Hasta el:** 30/06/2024		
Objeto del contrato: " CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN ANESTESIOLOGIA PARA LA VALORACION Y REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION Y DEMAS QUE SEAN PROPIOS DE SU COMPETENCIA, PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA					
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO					
Fecha de suscripción	21 de febrero de 2024				
Fecha de Iniciación- Inicio	21 de marzo de 2024				
Plazo del contrato	Seis (06) meses				
Fecha de Terminación	19 de septiembre de 2024				
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	19 de septiembre de 2024				
Valor Inicial del contrato	$75.600.0000,00				
No. CDP y FECHA: **49724 del 25-01-2024**	**VALOR: $75.600.000,00**		**No. CRP y FECHA:** **32824 del 01-03-2024**		**VALOR: $75.600.000,00**
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: 62-03-10103647** **Anexo No: 6**		**Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO**		
	AMPAROS		**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
	RESPONSABILIDAD CIVIL		**01-09-2023**	**01-09-2024**	**$1.400.000.000,00**
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO (APLICA CUANDO SE MODIFICA EL CONTRATO EN TIEMPO Y VALOR)	**No. De PÓLIZA: 75-46-101014078** **Anexo No: 0**		**Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO**		
	AMPAROS		**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		**18/03/2024**	**18-09-2024**	**$7.560.000,00**
MODIFICATORIOS DEL CONTRATO					
TERMINACIÓN ANTICIPADA:					
STADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**		$75.600.000,00		
	Valor total tramitado para pago		$28.140.000,00		

REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN

	Saldo del contrato	$47.460.000,00
	Porcentaje de Ejecución:	38.015%

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No de Planilla de Salud: 9467277454	Entidad: EPS SURA Fecha de pago: 29/05/2024 Valor: $ 162.500
No de Planilla de Pensión: 9467277454	Entidad: PORVENIR Fecha de pago: 29/05/2024 Valor: $ 208.000
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. 9467277454	Entidad: ARL SEGUROS BOLIVAR Fecha de pago: 29/05/2024 Valor: $ 31.700

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
	-Cubrió la cirugía programada por parte de Salas de Cirugía y cirugías de urgencias si se presentaron y cubrió las de cirugía de urgencias que se presentaron en salas de cirugía del mes de junio de 2024 para un total de 150 horas. -Elaboró la documentación requerida en caso de utilización de medicamentos de control y/o que se encuentren fuera del acuerdo de medicamentos del sistema de salud de las Fuerzas Militares en forma inmediata en relación al uso del medicamento que correspondió. -Registró en la historia clínica del paciente los procedimientos anestésicos realizados y la información de importancia con respecto al paciente, su patología y complicaciones presentadas, anexando el record anestésico y el consentimiento anestésico diligenciado y firmado	-Cumplió la normatividad legal vigente dictada por el Ministerio de la Protección Social y la reglamentación interna del Hospital Naval 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 junio/24.			x		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.

	en el tiempo correspondiente, a la historia clínica sistematizada del paciente.						

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**	01/06/2024	**HASTA EL**	30/06/2024
	VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO (letras)	DIEZ MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE.-			
	VALOR A PAGAR (Indicar valor en números)	**$** 10.500.000,00			
SUPERVISOR - DEPENDENCIA					
NOMBRE: Capitan de Fragata JUAN PABLO ORTIZ SALAZAR					
CARGO: Jefe Servicio de anestesia					

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**

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

Acta Nº 003 Correspondiente al mes junio de 2024

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	30 de junio/2024
Contrato, Orden o convenio Nº	**No. 077-ARC-DISAN-DHONAC/2024**
Contratista	ANESTIGAL S.A.S.
Identificación (Cedula o Nit)	901.055.905-5
Objeto	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN ANESTESIOLOGIA PARA LA VALORACION Y REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION Y DEMAS QUE SEAN PROPIOS DE SU COMPETENCIA, PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA
Valor Total del Contrato	$75.600.000,00
Plazo de Ejecución	18 de septiembre de 2024
Forma y Condiciones de Pago	Pagos parciales acuerdo a las horas mensuales prestadas
Número de la factura	JW-249
Valor de la Factura	$10.500.000.00
Saldo del contrato	$47.460.000,00 Y 38.015% de ejecución
No CDP	49724 del 25-01-2024 por $75.600.000,00
No RP	32824 del 01-03-2024 por $75.600.000,00

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**
JW-249	18-06-24	$10.500.000	150 horas x 70.000	N/A	$10.500.000

Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato No. 077, manifiesta que el contratista ANESTIGAL 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 Fecha mayo 2024 No. Planillas 9467277454

CF. JUAN PABLO ORTIZ SALAZAR
SUPERVISOR DEL CONTRATO 077-ARC-DISAN-DHONAC/2023



ANESTIGAL SAS
NIT 901.055.905-5
CALLE 29 21-45
Tel: (035) 3167521972
Cartagena - Colombia
jtipon@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. JW 249

Señores	HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA		
NIT	901.541.021-4	**Teléfono**	(57) 3202403264
Dirección	Bocagrande Cr2 #14-210	**Ciudad**	Cartagena - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	18/06/2024, 23:59
Expedición	18/06/2024, 23:59
Vencimiento	18/06/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Honorarios Medicos en servicio de Anestesia - JUNIO 2024	1.00	10,500,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Diez millones quinientos mil pesos m/cte

Total Bruto	10,500,000.00
Total a Pagar	**10,500,000.00**

Condiciones de Pago:
Transferencia $ 10,500,000.00

Observaciones:
#$15-01-11-094; Contrato No.077HONAC/2024;juan.ortiz@armada.mil.co#$

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764057779868 aprobado en 20231010 prefijo JW desde el número 201 al 300 Vigencia: 12 Meses**
- Actividad Económica 8699 Otras actividades de atención de la salud humana Tarifa
CUFE: 8710836d0025643ca0676f462337fbf6dd3d839c01a8f7e822ff1baaf1404978720df3d716a3e190a3fa8b620c199199

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8, Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Cartagena de Indias, 30 de junio de 2024

ANESTIGAL SAS

Señores
HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA
E.S.D

Cordial Saludo.

El Suscrito **JONATHAN TIPON GALVIS**, mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía No. 1.047.374.845 expedida en la ciudad de Cartagena, actuando en calidad de representante legal dela empresa **ANESTIGAL S.A.S** identificada con NIT 901.055.905-5 tal como consta en el certificado de existencia y representación legal, con el acostumbrado respeto, declaro bajo la gravedad de juramento que he realizado los aportes al sistema de seguridad social y a parafiscales exigidos por la ley encontrándome a paz y salvo de todo concepto relacionado con dichos aportes

Atentamente:

JONATHAN TIPON GALVIS

Representante Legal
ANESTIGAL S.A.S

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901055905	5	ANESTIGAL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	Manga Carrera 23 #29 A 76 - Torre2 8B	CARTAGENA-BOLIVAR	6793089	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-06	667648811	9467277454	E	2024/06/05	2024/05/29	BANCO DAVIVIENDA	0	$519,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1047374845	TIPON GALVIS JONATHAN	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$162,500	CCF08	30	$1,300,000	$52,000	14-7	30	$1,300,000	$31,700	30	$1,300,000	$65,000
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$52,000			$1,300,000	$31,700		$1,300,000	$65,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$31,700	$0	$0	$31,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$52,000	$0	$0	$52,000
COMFENALCO CARTAGENA	CCF08	890,480,023	7	1	$52,000	$0	$0	$52,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$0	$0	$39,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$39,000	$0	$0	$39,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$0	$0	$26,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$26,000	$0	$0	$26,000
TOTAL				1	$519,200	$0	$0	$519,200