	ARMADA NACIONAL DE COLOMBIA		
	PROCESO GESTION RECURSOS FINANCIEROS		
	LISTA DE CHEQUEO PARA TRAMITES DE PAGO		
	Versión: 10.0	Fecha: 26/09/2024	Página: 1 de 1

PAGOS DE CONTRATOS PRESTACION DE SERVICIOS OPS

CONTRATISTA:B&S CARDIOLOGOS – ECOCARDIOGRAFISTAS SAS	No. CTO 130

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA O SECOP (Marque con una X)
1	OBLIGACION DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRAMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	x
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCION PARCIAL O INFORME DE SUPERVISION QUE INDIQUE EL	x
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE DE SOLICITUD DE PAGO	x
5	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	x
6	SOPORTES DEL ULTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Verificar	x
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SECOP (Marque con una X)**
7	OFICIO CERTIFICACION TRABAJADORES INDEPENDIENTES CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE	
8	CERTIFICACION BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
9	REPORTE SIIF NACION REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
10	APROBACION DE GARANTIA UNICA	
11	POLIZA DE GARANTIA	
12	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
13	COPIA DEL CONTRATO	
14	REGISTRO UNICO TRIBUTARIO	

OBSERVACIONES:

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS — FIRMA SUPERVISOR

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA — FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — FIRMA AREA DE CONTABILIDAD

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

Acta Nª 007 Correspondiente al mes OCTUBRE DE 2024

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	31 de OCTUBRE 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	$90.000.000,00
Plazo de Ejecución	15 de NOVIEMBRE 2024
Forma y Condiciones de Pago	PAGO PARCIAL
Número de la factura	FE1904
Valor de la Factura	$12.000.000,00
SALDO Y PORCENTAJE	$84..000.000,00 Y 93,33% 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
FE1904	22/10/2024	$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-2024**, 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 SEPTIEMBRE DE 2024 Planillas No.80579721

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

	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: 22/10/2024	Nombre del Contratista: B&S CARDIOLOGOS - ECOCARDIOGRAFISTAS S.A.S		No. Contrato: 130-ARC-DISAN-HONAC-2024
Periodo del informe:	Desde el : 01/10/2024	Hasta el: 31/10/2024	
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	15 de noviembre de 2024		
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	15 de noviembre 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)	$60.0000,00+30.000,00:$90.000.00		
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 — 31-11-2024	$9.000.000,00

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO		
TERMINACIÓN ANTICIPADA:		
STADO FINANCIERO DEL CONTRATO	Valor total del contrato (Incluida adiciones)	$90.000.000,00
	Valor total tramitado para pago	$84.000.000,00

	Se verifico el cumplimiento de las citas médicas en el sistema de 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**	01/10/2024	**HASTA EL**	31/10/2024
	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**

Cartagena, Octubre 22 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

BS Cardiólogos S.A.S.

NIT :901.240.365-0 - Régimen Ordinario

Calle 5 No 6A-19 Centro Médico Bocagrande Cons 301-302 Cartagena, D.T. y C
Teléfono(s): 323 227 18 33
E-Mail: marcoblanquicett@gmail.com
Resolución Dian Nº 18764075700370 del 24/07/2024 vencimiento 24/07/2025
Autoriza del FE1758 al FE2000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Fecha Factura			Factura Nº
Día	Mes	Año	FE1904
22	10	2.024	

Vencimiento Factura: 21/11/2024
Forma de Pago: CREDITO
Anexos a la Factura: 0
Copias: 0
Ordenes: 0
Contrato: 0

Señor(es): HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA
Nit o C.C.: 901.541.021-4 **Ciudad:** CARTAGENA
Dirección: BOCAGRANDE
E-Mail: siifnacion.facturaelectronica@minhacien **Teléfono:** 0

Cantidad	Concepto	Valor	Total
100	CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA	$ 120,000.00	$ 12,000,000.00

VoBo

Son: DOCE MILLONES DE PESOS M/CTE.

Sub-Total:	$ 12,000,000.00
Total Iva:	$ 0.00
Descuentos:	$ 0.00
Total a Pagar:	**$ 12,000,000.00**

La factura electrónica se considera para todos los efectos como una Factura de Venta. Res 30/2.019. La Factura de venta se asimila en todos sus efectos a una Letra de Cambio Art. 744 Código del Comercio. La mora en el pago causarán intereses a la tasa máxima vigente a partir de su vencimiento, pasados veinte días hábiles de la fecha de recibo de la factura NO se aceptarán reclamos ni glosas, Ley 1438/2.011.

Nota:

Observaciones: #$15-01-11-094;contrato No.130HONAC/2024; sayuris.henriquez@armada.mil.co#$

WB+om6GnAT+pNFqh5zTod7vmrqq6GHoOq9H0E5v0zbcw71OF2Bcmdo
Lrgf9NpJ4hhy9c1a2ovKibTdAQubPhTmuKPIt+XaGmuYZEQddbx5aDYWt
h1T9/Jgu2lWnUWWitxM4cs/Y83xdEa9/YgSu5jyMrTTPRmDojwaUR9t0t1skIB
1w8jTtdFHSwsyGpY9GmgoVHegcRZ6DSFcYdyawUTy59tgT6OGrObD0//f
qa5YQmw91fkR9Q4TvSY9PgT2AX82ZRXYaR2kNzQf6gyoEEwcCRE8Pfj59O
nvm4SB5O5d8Pk1DUzCly+kFoUUWLh8xvkzwdDyx5FGrVMhFZ3aXc4g==

Sello de firma

Fecha Validación Dian: 2024-10-22 15:21:58-05:00

f1adb60e8667a9206cf86f475dac4515096589f31c952db268
d24b9079608626d895358090a3210beed57742345953cc

CUFE

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 201	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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	18/10/2024	80579721	$748.000	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	300.000	0		0		0	10	2.200	0	302.200	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	10	2.800	0	386.800	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	10	500	59.000			585	59.000	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	10	0	0	0
ICBF				
0	10	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	302.200
Pensión	1	384.000	386.800
Riesgos Laborales	1	58.500	59.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	742.500	748.000

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