DATOS DEL INFORME

Fecha de presentación: 25 DE OCTUBRE DE 2024.	**Nombre del Contratista:** RUBY ELENA COLL LOGREIRA	**No. Contrato:** 026-ARC-DISAN-DMBAQ-2024.
Periodo del informe:	**Desde el:** 26 DE SEPTIEMBRE DE 2024	**Hasta el:** 25 DE OCTUBRE DE 2024

Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA PARA EL DISPENSARIO MEDICO NIVEL II DE BARRANQUILLA, EN FORMA INDEPENDIENTE Y CON TOTAL AUTONOMIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, CON SUS PROPIOS MEDIOS, TODO ELLO DE ACUERDO CON LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN LA OFERTA Y EN EL ESTUDIO PREVIO.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO

Fecha de suscripción	29/01/2024		
Fecha de Iniciación- Inicio	01/02/2024		
Plazo del contrato	DIEZ (10) MESES		
Fecha de Terminación	31 DE AGOSTO DEL 2024		
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	30 DE NOVIEMBRE DEL 2024		
Valor Inicial del contrato	CUARENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL PESOS M/CTE ($44.289.000)		
No. CDP y FECHA: 6824 fecha ENERO/22/2024	**VALOR:** $44.289.000,00	**No. CRP y FECHA:** 6324 fecha ENERO/31/2024	**VALOR:** $44.289.000,00
No. CDP y FECHA: 6824 fecha ENERO/22/2024	**VALOR:** $19.341.000,00	**No. CRP y FECHA:** 6324 fecha ENERO/31/2024	**VALOR:** $19.341.000,00
Valor total del contrato (incluido valor adición)	SESENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE ($63.630.000)		

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

No. de Póliza Anexo No. BQ-100080582 y 2201223000759		**Aseguradora:** MUNDIAL y MAPFRE COLOMBIA
AMPAROS	**VIGENCIA**	**VALOR ASEGURADO**
CALIDAD	01-02-2024 — 31-12-2024	$ 4.428.900,00
CUMPLIMIENTO	01-02-2024 — 31-12-2024	$ 4.428.900,00
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	01-04-2024 — 31-03-2024	$ 600.000.000,00
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	01-04-2024 — 31-03-2025	$ 700.000.000,00

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

No. de Póliza Anexo No. BQ-100080582		**Aseguradora:** MUNDIAL
AMPAROS	**VIGENCIA**	**VALOR ASEGURADO**
CALIDAD	01-02-2024 — 31-03-2025	$ 6.363.000,00
CUMPLIMIENTO	01-02-2024 — 31-03-2025	$ 6.363.000,00

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO	EN VALOR Y TIEMPO

TERMINACIÓN ANTICIPADA:	N/A	
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	$63.630.000,00
	Valor total tramitado para pago	$ 56.111.000,00
	Saldo del contrato	$ 7.119.000,00
	Porcentaje de Ejecución:	**88,81%**

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: 9474939019	Entidad: SANITAS Fecha de pago: 08/10/2024 Valor: $ 698.000
No. de Planilla de Pensión: 9474939019	Entidad: COLPENSIONES Fecha de pago: 08/10/2024 Valor: $ 949.500
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. 9474939019	Entidad: POSITIVA Fecha de pago: 08/10/2024 Valor: $ 58.300

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
1	Prestar sus servicios médicos profesionales como MÉDICO ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA en el área de CONSULTA EXTERNA Y CIRUGÍA del DMBAQ durante el mes de **OCTUBRE 2024,** realizando un total de **113 horas.**	Se tramita para pago de este mes **113 horas.**			x		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
2	Cumplir con el agendamiento asistencial acorde con la disponibilidad manifestada, incluyendo respuestas de interconsultas (tanto en forma telefónica como presencial en caso de requerirse) en las áreas de atención prioritaria y observación prolongada, inclusive noches, fines de semana y días festivos.	La contratista presto sus servicios médicos profesionales durante el mes de SEPTIEMBRE 2024, cumpliendo un total de 106 horas este mes.			x		El contratista cumplió a cabalidad la obligación contractual
3	Presentar mensualmente para el reconocimiento de los servicios prestados, copia legible de los pagos realizados al Sistema General de Seguridad Social Integral (Salud – Pensiones-Riesgos Profesionales), en calidad de cotizante cada mes	El contratista cumple con los pagos a tiempo de sus parafiscales, entregando la planilla en estado pagado y sin pago por intereses de mora, estando al día en sus pagos a la fecha.			x		El contratista cumplió a cabalidad la obligación contractual

	vencido; así como todos y cada uno de los documentos que el DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BARRANQUILLA considere necesarios.						
4	Cumplir con la normatividad vigente para la correcta formulación de medicamentos en forma completa y letra legible, nombre y apellidos completos y legibles del profesional, registrando además firma, numero de cedula y registro médico y/o sello con estos datos.	El contratista cumple con un correcto diligenciamiento de la formulación médica derivada del proceso de consulta.			X		El contratista cumplió a cabalidad la obligación contractual
5	Mantener vigente durante todo el tiempo de ejecución del contrato la póliza de responsabilidad civil para el ejercicio de la profesión.	El contratista cumple sin novedades este ítem, entregando a la oficina de contratos del DMBAQ las pólizas contractuales que amparan el presente contrato.			x		El contratista cumplió a cabalidad la obligación contractual

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO					
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIÓ CON LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS Y DERIVADAS DEL CONTRATO, DENTRO DEL TÉRMINO OTORGADO PARA TAL FIN Y NO HAY LUGAR A LA APLICACIÓN DE MULTAS, INDEMNIZACIONES O INTERESES EN SU CONTRA. 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 anexan comprobantes de Pago.				
AUTORIZACIÒN PAGO	PERIODO A PAGAR	DESDE EL	26/09/2024	HASTA EL	25/10/2024
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	SIETE MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL PESOS M/CTE			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	$ 7.119.000,00			

SUPERVISOR – DEPENDENCIA	
NOMBRE: SMSM MARIA CLAUDIA DE AYO DIAZ	
CARGO: SUPERVISOR CONTRATO NO. 026-ARC-DISAN-DMBAQ-2024	María Claudia De Ayo Diaz 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. Informe de actividades del contratista.

	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL**		
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL		
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS Y SOLICITUD DE PAGO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		
	Versión 1.0	**Fecha: 20/02/2023**	**Página 1 de 1**

Barranquilla, 25 - 10 - 2024

Señorita:
SMSM MARIA CLAUDIA DE AYO DIAZ
Supervisor Contrato No. **026-ARC-DISAN-DMBAQ-2024**
La ciudad

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO No. 026-ARC-DISAN-DMBAQ-2024

Nombre del contratista RUBY ELENA COLL LOGREIRA, identificado como aparece al pie de mi firma, de la manera más respetuosa me permito presentar, el informe de actividades realizadas en mi condición de CONTRATISTA, durante el periodo comprendido entre el veintiséis (26) de septiembre al veinticinco (25) de octubre de 2024, en cumplimiento a lo establecido en la cláusula quinta del CONTRATO No. 026 del 29 de enero de 2024, cuyo objeto contractual es: Prestación de servicios profesionales como MÉDICO ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA para el DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BARRANQUILLA, en forma independiente y con total autonomía técnica, administrativa y financiera, con sus propios medios, todo ello de acuerdo con las obligaciones contenidas en la oferta y en el estudio previo, las cuales relaciono a continuación:

INFORME DE ACTIVIDADES No. 09

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EJECUTADAS CONFORME AL PERIODO

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES REALIZADAS
1.	Cumplimiento de las horas estipuladas en el contrato	**Atención de pacientes por medio de los servicios de consulta externa y cirugía**
2.	**Evidencias del ejercicio medico**	Diligenciamiento de las historias clínicas y formulas medicas en el sistema portal salud.sis
3.		

ACREDITACIÓN DEL PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: Cumpliendo con lo dispuesto en el contrato, anexo el comprobante de pago de seguridad social, planilla No. 9474939019 correspondiente al mes de Septiembre de 2024.

INFORMACIÓN DE NOVEDADES AL SUPERVISOR: Ninguna

SOLICITUD DE PAGO DEL CONTRATO No. 026-ARC-DISAN-DMBAQ-2024.

Con ocasión a la forma de pago definida en la cláusula séptima del contrato, para el periodo ejecutado, corresponde a la Dirección de Sanidad de la Armada Nacional, pagar a nombre del contratista, la siguiente suma:

No. PAGO	FECHA	VALOR A PAGAR	CONCEPTO	REGIMEN	No. RUT
No. 009	25/10/2024	SIETE MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL PESOS ($7.119.000.00)	Servicios prestados desde el 26 de septiembre al 25 de octubre de 2024, en desarrollo del contrato No. 026-ARC-DISAN-DMBAQ-2024.	SIMPLIFICADO	22703873

Para efecto del pago, agradezco desembolsar en la cuenta Ahorros (x) No. 0550027000011091 DEL BANCO DAVIVIENDA

Atentamente,

RUBY COLL LOGREIRA
22.703.873
026-ARC-DISAN-DMBAQ-2024

2023022095110 **REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN**

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22703873		COLL LOGREIRA RUBY ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 50 # 82-168	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3588147	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	202410081030428060 48	9474939019	I	2024/10/17	2024/10/08	BANCO AV VILLAS	0	$1,705,800

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,584,000	$949,500			$5,584,000	$698,000			$0	$0			$5,584,000	$58,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,584,000	$949,500			$5,584,000	$698,000			$0	$0			$5,584,000	$58,300		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$5,584,000	$949,500			$5,584,000	$698,000			$0	$0			$5,584,000	$58,300		$0	$0
1	CC 22703873	COLL RUBY	25-14	30	$5,584,000	$949,500	EPS005	30	$5,584,000	$698,000		0	$0	$0	14-23	30	$5,584,000	$58,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$5,584,000	$949,500			$5,584,000	$698,000			$0	$0			$5,584,000	$58,300		$0	$0

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

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
CC 22703873		COLL LOGREIRA RUBY ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 50 # 82-168	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3588147	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	202410081030428060 48	9474939019	I	2024/10/17	2024/10/08	BANCO AV VILLAS	0	$1,705,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$949,500	$0	$0	$949,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$949,500	$0	$0	$949,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,300	$0	$0	$58,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$58,300	$0	$0	$58,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$698,000	$0	$0	$698,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$698,000	$0	$0	$698,000
TOTAL				1	$1,705,800	$0	$0	$1,705,800

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

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
CC 22703873		COLL LOGREIRA RUBY ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 50 # 82-168	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3588147	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	202410081030428060 48	9474939019	I	2024/10/17	2024/10/08	BANCO AV VILLAS	0	$1,705,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$949,500	$0	$0	$949,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$949,500	$0	$0	$949,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,300	$0	$0	$58,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$58,300	$0	$0	$58,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$698,000	$0	$0	$698,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$698,000	$0	$0	$698,000
TOTAL				1	$1,705,800	$0	$0	$1,705,800

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

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
CC 22703873		COLL LOGREIRA RUBY ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 50 # 82-168	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3588147	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	202410081030428060 48	9474939019	I	2024/10/17	2024/10/08	BANCO AV VILLAS	0	$1,705,800

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,584,000	$949,500			$5,584,000	$698,000			$0	$0			$5,584,000	$58,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,584,000	$949,500			$5,584,000	$698,000			$0	$0			$5,584,000	$58,300		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$5,584,000	$949,500			$5,584,000	$698,000			$0	$0			$5,584,000	$58,300		$0	$0
1	CC 22703873	COLL RUBY	25-14	30	$5,584,000	$949,500	EPS005	30	$5,584,000	$698,000		0	$0	$0	14-23	30	$5,584,000	$58,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$5,584,000	$949,500			$5,584,000	$698,000			$0	$0			$5,584,000	$58,300		$0	$0

No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Fecha de Vencimiento	11/10/2024 16:53
Fecha de Validación	11/10/2024 16:53
Forma de Pago	Contado
Medio de Pago	Transferencia Débito Bancaria
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	RUBY ELENA COLL LOGREIRA
CC	22703873
Obligación	NO APLICA
Email	rcologreira@hotmail.com
Teléfono	3587292
Dirección	CR 50 82 168 CS 402
Ciudad, Depart.	BARRANQUILLA, ATLANTICO (CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	DISPENSARIO MEDICO NIVEL II DE BARRANQUILLA
NIT	901540734
Obligación	NO APLICA
Email	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Teléfono	3319576
Dirección	VIA 40 CALLE 58 ESQUINA
Ciudad, Depart.	BARRANQUILLA, ATLANTICO (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	04	MEDICO DERMATOLOGO	113	LH	$63,000.00		$7,119,000.00	$7,119,000.00

1

Subtotal	$7,119,000.00
Total a Pagar	$7,119,000.00

#$15-01-11-095;CONTRATONO.024-ARC-DISAN-DMBAQ-2024;tatyana.afanador@armada.mil.co#$

Unidades de medida: LH = hora de trabajo

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE