	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: **14-12-2023**	**Nombre del Contratista:** **CENTRO RADIOLOGICO DEL CARIBE S.A.S**		**No. Contrato:** **146**
Periodo del informe:	**Desde el :** **01-10-2024**	**Hasta el:**	**30-10-2024**
Objeto del contrato: CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS CON TECNICAS RADIOLOGICAS Y NO RADIOLOGICAS PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA.			

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO				
Fecha de suscripción	Marzo 21 de 2024			
Fecha de Iniciación- Inicio	Marzo 21 de 2024			
Plazo del contrato	Cuatro (8) meses			
Fecha de Terminación	30 de Diciembre de 2024			
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)				
Valor Inicial del contrato	**El presupuesto oficial para esta contratación es de QUINIENTOS MILLONES DE PESOS MCTE ($ 500.000.000,00)**			
No. CDP y FECHA:	**No. 40624 de fecha 23 de Enero/24 por $ 500.000.000,00 de pesos**	**No. CRP y FECHA:**	**No.** 39124 **de fecha 22 de Marzo /24 por $ 500.000.000,00 de pesos**	
Valor total del contrato (incluido valor adición)				
No. CDP y FECHA: (Cuando exista una adición)				

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. De PÓLIZA: 75-44-101136237 Anexo No: 02**		**Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO.**	
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
	RESPONSABILIDAD CIVIL	**21/03/2024**	**30/09/2024**	**$325.000.000,00**
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO (APLICA CUANDO SE MODIFICA EL CONTRATO EN TIEMPO Y VALOR)	**No. De PÓLIZA: Anexo No: 1**		**Aseguradora:**	
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
MODIFICATORIOS DEL CONTRATO				
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	(Si aplica)			
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	**$500.000.000,00**		

	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

	Valor total tramitado para pago	**$** 288.903.550
	Saldo del contrato	**$** 211.096.449,70
	Porcentaje de Ejecución:	**58 %**

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No de Planilla de Salud: 946524238	Entidad: SURA EPS Fecha de pago: MAYO 08 DE 2024 Valor: $ 1.990.800
No de Planilla de Pensión: 946524238	Entidad: PORVENIR Fecha de pago: MAYO 08 DE 2024 Valor: $ 8.003.600
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. 946524238	Entidad: POSITIVA Fecha de pago: MAYO 08 DE 2024 Valor: $ 1.344.000

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
1	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS CON TECNICAS RADIOLOGICAS Y NO RADIOLOGICAS PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA.	Se tramita pago acuerdo a facturación entregada por el contratista			X		SE RECIBIO UNA FACTURA EN ACNORE POR UN VALOR DE 75.737.558,15, SE ENCUENTRA EN TRAMITE Y REVISION POR PARTE DE AUDITORIA. POR LO TANTO AUN NO SE RECIBE POR PARTE DE SUPERVISION PARA TRAMITE DE PAGO.
2							

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**	30/10/2024	
	VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO (letras)	N/A				
	VALOR A PAGAR (Indicar valor en números)	**$ 0**				
SUPERVISOR – DEPENDENCIA						

	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

RADIOLOGIA	
NOMBRE: S1 SAYAS ACEVEDO ELKIN	
CARGO: **SUPERVISOR CONTRATO No.146 ARC-DISAN-HONAC-2024.**	 **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 Electronica.**