	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 SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN 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 CERTIFICACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE	
8	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
9	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
10	APROBACIÓN DE GARANTIA UNICA	
11	PÓLIZA DE GARANTÍA	
12	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
13	COPIA DEL CONTRATO	
14	REGISTRO UNICO TRIBUTARIO	
OBSERVACIONES:		

CC Salguero Henriquez Otto — FIRMA SUPERVISOR

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS

CC Salguero Henriquez Otto — FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA

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

	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: 30/11/2024	Nombre del Contratista: B&S CARDIOLOGOS - ECOCARDIOGRAFISTAS S.A.S		No. Contrato: 130-ARC-DISAN-HONAC-2024
Periodo del informe:	Desde el : 01/11/2024	Hasta el: 30/11/2024	
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	$90.000.000,00

	Saldo del contrato	$0,00
	Porcentaje de Ejecución:	100 %

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

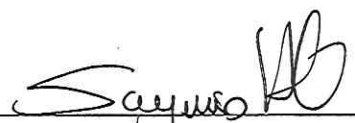
No de Planilla de Salud: 813337574	Entidad: EPS SURA Fecha de pago:14/11/2024 Valor: $ 300.000
No de Planilla de Pensión: 81337574	Entidad: COLPENSIONES Fecha de pago: 14/11/2024 Valor: $ 384.000
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. 81337574	Entidad: ARL Riesgos prof. Colmena Fecha de pago:14/11/2024 Valor: $ 58.500

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
	Expedición conceptos médicos, resúmenes de historia clínica y demás documentación legal requerida para la realización de las juntas médico-laborales y/o a solicitud del paciente interesado. Expedición conceptos médicos, resúmenes de historia clínica y demás documentación legal requerida para la realización de las juntas médico-laborales y/o a solicitud del paciente interesado. Documentación de la atención del paciente realizando historia clínica, formulación, evoluciones y epicrisis de acuerdo a la normatividad vigente y a los requisitos de la institución. Realización Consulta externa según demanda establecida por el usuario, de acuerdo con la agenda medica programada en el mes de mayo de 2024	-Cumplió la normatividad legal vigente dictada por el Ministerio de la Protección Social y la reglamentación interna del Hospital Naval Nivel III 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 mayo/24.			x		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual.

	Se verifico el cumplimiento de las citas médicas en el sistema de dinámica gerencial para un total de 50 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**	01/11/2024	**HASTA EL**	30/11/2024
	VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO (letras)	SEIS MILLONES DE PESOS MCTE.-			
	VALOR A PAGAR (Indicar valor en números)	**$** 6.000.000,00			

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**

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

Acta Nª 008 Correspondiente al mes Noviembre DE 2024

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	30 de NOVIEMBRE 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	FE1933
Valor de la Factura	$6.000.000,00
SALDO Y PORCENTAJE	$0,00Y 100% 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**
	FE1933	14/11/2024	$6.000.000,00	HORAS CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS (50 X VALOR DE $120.000,00).	N/A	$6.000.000,00
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 OCTUBRE DE 2024 Planillas No.81337574

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

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	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	
2024-10	2024-10	I	14/11/2024	81337574	$742.500	

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	0	0	0	300.000	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	0	0		384.000	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	0	0	58.500			585	58.500	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	300.000
Pensión	1	384.000	384.000
Riesgos Laborales	1	58.500	58.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	742.500	742.500

PAGADA

V/Bo

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

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 [illegible]	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	
2024-10	2024-10	I	14/11/2024	81337574	$742.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	3805255	BLANQUICETT ANAYA MARCO LUIS	59	0			N																	25-14	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS010	2.400.000	300.000	14-25	2.400.000	3	58.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Cartagena, Noviembre 14 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	**FE1933**
14	11	2.024	

Vencimiento Factura: 14/12/2024
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: NO SUMINISTRADA
E-Mail: siifnacion.facturaelectronica@minhacien **Teléfono:** 0

Cantidad	Concepto	Valor	Total
50	CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA	$ 120,000.00	$ 6,000,000.00

Son: SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE.

Sub-Total:	$ 6,000,000.00
Total Iva:	$ 0.00
Descuentos:	$ 0.00
Total a Pagar:	**$ 6,000,000.00**

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:

RHsg+04xMN46TbLt6lU5lj6o0idppnEN3pfH19iAZ9J4z4e8+EmZvMZIc4iMExH
PXcwelJV6OWLsaH1nvrU5Ca3wSaBsCqjh0jtDxsVGnBEGhLktgHq8+2GbH
SG+0Y3aqyZR3ochMQXI1kBD22fG3+bOFzHnE+WgUyIjoTUOIMEHBPE22tN
GQDHSIeDl0oqwIcePH3rnLRU0/SydO1FAJ/00HskdN4iOWp0Aj5gNr8jnz4g
63u0OFRPcur9yDMyaNrpjgATQ3XAWIBj21njXX8d1RZI6KmAnZztvy6RDHM6
RKEGM7nklf3hcAJ/KSvkmlissF1vOZJIlkkY6IhtBzg==

Sello de firma

Fecha Validación Dian: 2024-11-14 16:11:44-05:00

62489db31cf6256b1c1cfdae69c523b45ce4093223d748a91
01a35400cb9402298e3660c20e4b3a5054c06c64b192ff6

CUFE