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

**Acta Nº 007 Correspondiente al mes octubre de 2024**

| DIRECCION DE SANIDAD NAVAL | |
|---|---|
| **Fecha** | 31 de octubre/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 + adición $12.600.000,00 total de $88.200.000,00 |
| **Plazo de Ejecución** | 18 de septiembre de 2024 prorroga hasta el 30 de noviembre de 2024 |
| **Forma y Condiciones de Pago** | Pagos parciales acuerdo a las horas mensuales prestadas |
| **Número de la factura** | JM-301 correspondiente al periodo de octubre/2024 |
| **Valor de la Factura** | $7.980.000.00 |
| **Saldo del contrato** | $25.620.000,00 Y 70% de ejecución |
| **No CDP** | 49724 del 25-01-2024 por $88.200.000,00 |
| **No RP** | 32824 del 01-03-2024 por $88.200.000,00 |

| 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** |
| | JM-301 | 21-10-24 | $7.980.000 | 114 horas x 70.000 | N/A | $7.980.000 |
| **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 septiembre 2024 No. Planillas 9473787118**

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ARMADA NACIONAL<br>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: 05/11/2024 | Nombre del Contratista: ANESTIGAL S.A.S. | | No. Contrato: 077-ARC-DISAN-HONAC-2024 |
| Periodo del informe: | Desde el : 01/10/2024 | Hasta el: 31/10/2024 | |
| 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 | Ocho (08) meses | | |
| Fecha de Terminación | 19 de septiembre de 2024 | | |
| Fecha de terminación final (incluir prórrogas) | 30 de noviembre 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) | $75.600.000,00 + adición $12.600.000,00 total de $88.200.000,00 | | |
| No. CDP y FECHA: 49724 del 25-01-2024 | VALOR: $88.200.000,00 | No. CRP y FECHA: 32824 del 01-03-2024 | VALOR: $88.200.000,00 |

**GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO**

| No. De PÓLIZA: 62-03-101036247 Anexo No: 7 | | Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO | |
|---|---|---|---|
| AMPAROS | VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO |
| RESPONSABILIDAD CIVIL | 01-09-2024 | 01-09-2025 | $1.520.000.000,00 |
| | | | |

**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 | 30-11-2024 | $8.820.000,00 |

| | | |
|---|---|---|
| MODIFICATORIOS DEL CONTRATO | | |
| TERMINACIÓN ANTICIPADA: | | |
| STADO FINANCIERO DEL CONTRATO | Valor total del contrato (Incluida adiciones) | $88.200.000,00 |
| | Valor total tramitado para pago | $62.580.000,00 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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** | 01/10/2024 | **HASTA EL** | 31/10/2024 |
| | **VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO (letras)** | SIETE MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE.- | | | |
| | **VALOR A PAGAR** ( Indicar valor en números ) | $ 7.980.000,00 | | | |
| **SUPERVISOR - DEPENDENCIA** | | | | | |
| **NOMBRE: Capitan de Fragata JUAN PABLO ORTIZ SALAZAR** | | | | | |
| **CARGO: Jefe Servicio de anestesia** | | | | | |
| | | | | | FIRMA |

| | |
|---|---|
| **DOCUMENTO SOPORTES** | 1. **Solicitud de pago**<br>2. **Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales)**<br>3. **Informe de supervisión y cumplimiento del Contratista.**<br>4. **Factura Electrónica** |

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

Factura electrónica de venta
**N.° JM 301**

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

**Fecha y hora Factura**

| | |
|---|---|
| **Generación** | 21/10/2024, 17:57 |
| **Expedición** | 21/10/2024, 17:57 |
| **Vencimiento** | 21/10/2024 |

| Artículo | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | Honorarios Médicos en servicio de Anestesia - OCTUBRE 2024 | 1.00 | 7.980.000,00 |

**Total de artículos:** 1

| | |
|---|---|
| **Bruto total** | 7.980.000,00 |
| **Total a Pagar** | 7.980.000,00 |

**Valor en Letras:**
Siete millones novecientos ochenta mil pesos m/cte

**Forma de pago:**
Contado

**Medio de pago:**
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 7.980.000,00

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

A esta factura de venta se 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 18764081188674 aprobado en 20241008 prefijo JM desde el número 301 al 400 Vigencia: 24 Meses**
- Actividad Económica 8699 Otras actividades de atención de la salud humana Tarifa
**CUFE** b159d3224f620ebf254c38ecc71f904dae2402968e6fd42a 0312c2407c11dad0c357c83da0d414b7d495d51d021f3b5c

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830048145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: xvr en tIXrL

en línea

TOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 901055905 | 5 | ANESTIGAL S.A.S | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | Manga Carrera 23 #29 A 76 - Torre2 8B | CARTAGENA-BOLIVAR | 6514250 | No |

TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 4-09 | 2024-10 | 936994068 | 9473787118 | E | 2024/10/02 | 2024/09/26 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $519,200 |

QUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| o. | 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 |
| tal | 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 |

ESUMEN DE PAGO

| ESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| L (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| F (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $52,000 | $0 | $0 | $52,000 |
| COMFENALCO CARTAGENA | CCF08 | 890,480,023 | 7 | 1 | $52,000 | $0 | $0 | $52,000 |
| S (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 |
| BF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $39,000 | $0 | $0 | $39,000 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR MILIAR | PAICBF | 899,999,239 | 2 | 1 | $39,000 | $0 | $0 | $39,000 |
| NA (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $26,000 | $0 | $0 | $26,000 |
| SENA | PASENA | 899,999,034 | 1 | 1 | $26,000 | $0 | $0 | $26,000 |
| OTAL | | | | 1 | $519,200 | $0 | $0 | $519,200 |

Cartagena de Indias, 31 de octubre 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