	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: **16-12-2024**	**Nombre del Contratista:** **CENTRO RADIOLOGICO DEL CARIBE S.A.S**		**No. Contrato:** **146**
Periodo del informe:	**Desde el :** **01-12-2024**	**Hasta el:**	**30-12-2024**
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 SETENTA MILLONES DE PESOS MCTE ($ 570.000.000,00)**			
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)**	**$570.000.000,00**		

	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	**$** 69.927.125
	Saldo del contrato	**$** 54.371,07
	Porcentaje de Ejecución:	**100 %**

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		EN EL MES DE DICIEMBRE SE TRAMITA FACTURA POR VALOR DE $ 69.927.125 QUEDANDO PENDIENTE VERIFICACION DE SALDOS.
2							

	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

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**	01/12/2024	**HASTA EL**	30/12/2024	
	VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO (letras)	SESENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS VEINTISIETE MIL CIENTO VENTICINCO PESOS.				
	VALOR A PAGAR (Indicar valor en números)	**$** 69.927.125				
SUPERVISOR – DEPENDENCIA **RADIOLOGIA**						
NOMBRE: S1 SAYAS ACEVEDO ELKIN						
CARGO: **SUPERVISOR CONTRATO No.146 ARC-DISAN-HONAC-2024.**						

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.**

	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

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

Acta N°.008 Correspondiente al mes de DICIEMBRE de 2024

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	12 DICIEMBRE DE 2024
Contrato, Orden o convenio N°	**No. 146-M-DISAN-HONAC-2024**
Contratista	CENTRO RADIOLOGICO DEL CARIBE S.A.S
Identificación (Cedula o Nit)	900.765.131-4
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS CON TECNICAS RADIOLOGICAS Y NO RADIOLOGICAS PARA USUARIOS BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL NAVAL NIEVL III DE CARTAGENA. Y DISPENSARIO BLAS DE LEZO
Valor Total del Contrato	El presupuesto oficial para esta contratación es de (570.000.000) QUINIENTOS SETENTA MILLONES DE PESOS
Plazo de Ejecución	HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2024.
Forma y Condiciones de Pago	El pago de los servicios prestado estará sujeto a los desembolsos que autorice la DTN.
Número de la factura	No CRCF-39752
Valor de la Factura	$ 69.927.125
Saldo del contrato	$ 54.371,05 *con un porcentaje de ejecución del 100 %*
No CDP	No. 40624 de fecha 23 de Enero/24 por $ 570.000.000 Millones de pesos
No CRP	No. 39124 de fecha 22 de Marzo/24 por $ 570.000.000 Millones de pesos

CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO					
ITEM	**DESCRIPCION**	**CANTIDAD**	**MARCA**	**ORDEN PEDIDO N°**	**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	DESCRIPCIÒN DE SERVICIOS	VALOR DIFERENCIA	VALOR TOTAL PAGO
No CRCF-39752	30 DE DIEMBRE DE 2024	$ 69.927.125	TOMA DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS Y NO RADIOLOGICOS	N/A	$ 69.927.125

Observaciones

Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato No. **No. 146-MD-DGSM-DISAN-HONAC-2024**, manifiesta que el contratista CENTRO RADIOLOGICO DEL CARIBE, 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 Noviembre 2024 No. Planilla 9477221857.

S1 ELKIN SAYAS ACEVEDO
SUPERVISOR DEL CONTRATO No.146 ARC-DISAN-HONAC-2024.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

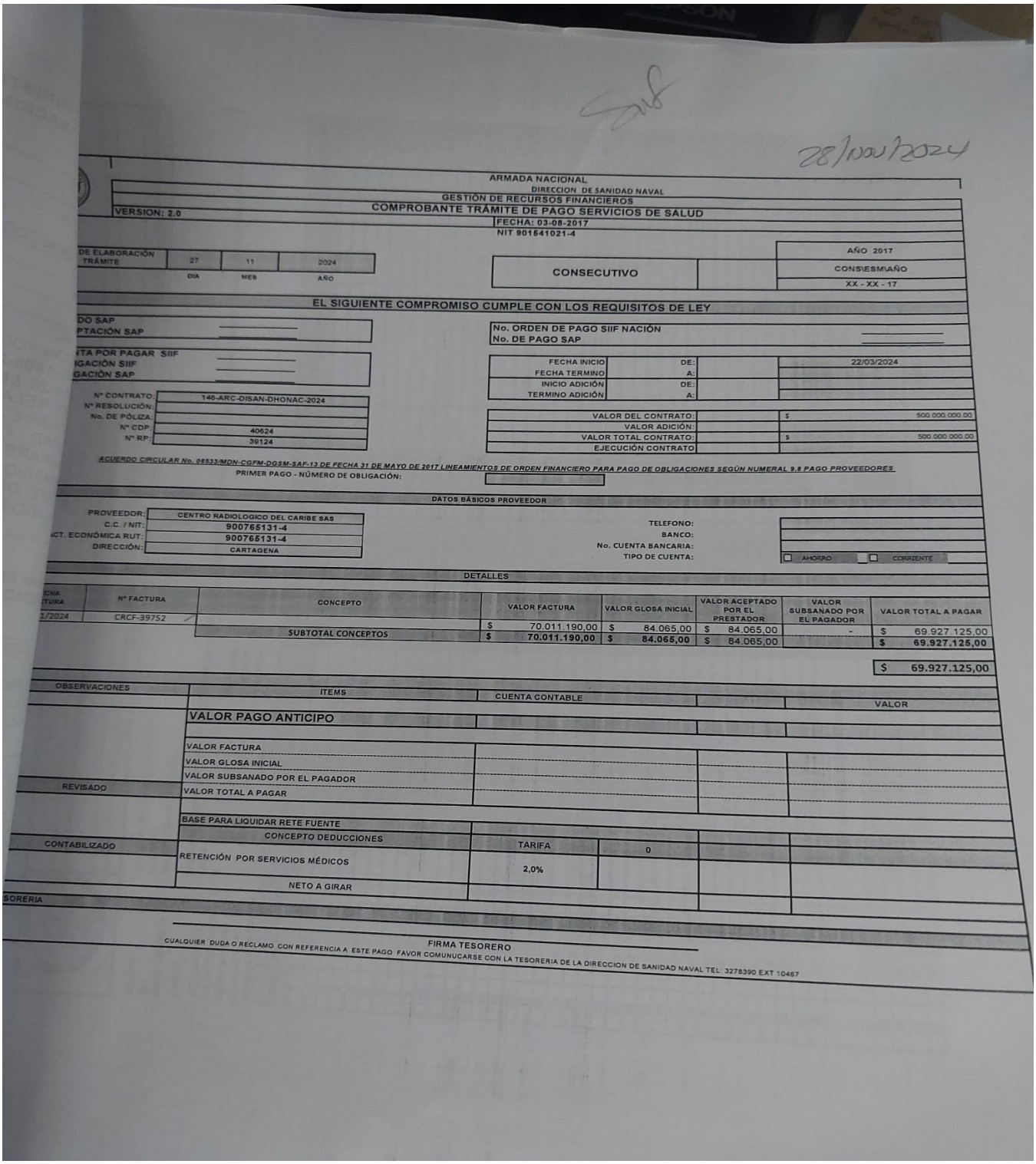
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900765131	4	CENTRO RADIOLOGICO DEL CARIBE SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CENTRO RADIOLOGICO DEL CARIBE SAS	BRUSELAS TV 36 25 52 P1 AP2	CARTAGENA-BOLIVAR	6391579	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-11	1045147211	9477221857	E	2024/11/12	2024/11/12	BANCOLOMBIA	0	$16,112,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				26	$9,914,000	$0	$0	$9,914,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$866,800	$0	$0	$866,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	8	$3,857,700	$0	$0	$3,857,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	8	$2,609,600	$0	$0	$2,609,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	6	$2,579,900	$0	$0	$2,579,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				27	$1,925,700	$0	$0	$1,925,700
COLMENA	14-25	800,226,175	3	27	$1,925,700	$0	$0	$1,925,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				26	$2,046,500	$0	$0	$2,046,500
COMFENALCO CARTAGENA	CCF08	890,480,023	7	26	$2,046,500	$0	$0	$2,046,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				27	$2,226,400	$0	$0	$2,226,400
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$87,500	$0	$0	$87,500
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	3	$264,700	$0	$0	$264,700
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	1	$60,000	$0	$0	$60,000
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	4	$411,200	$0	$0	$411,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	10	$672,300	$0	$0	$672,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	8	$730,700	$0	$0	$730,700
TOTAL				**27**	**$16,112,600**	**$0**	**$0**	**$16,112,600**



28/nov/2024

ARMADA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD NAVAL
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS
VERSION: 2.0
COMPROBANTE TRAMITE DE PAGO SERVICIOS DE SALUD
FECHA: 03-08-2017
NIT 901641021-4

DE ELABORACIÓN TRÁMITE	27	11	2024
	DIA	MES	AÑO

CONSECUTIVO		AÑO 2017 CONSESMIAÑO XX - XX - 17

EL SIGUIENTE COMPROMISO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE LEY

DO SAP
PTACIÓN SAP

TA POR PAGAR SIIF
GACIÓN SIIF
GACIÓN SAP

No. ORDEN DE PAGO SIIF NACIÓN
No. DE PAGO SAP

FECHA INICIO	DE:		22/03/2024
FECHA TERMINO	A:		
INICIO ADICIÓN	DE:		
TERMINO ADICIÓN	A:		

Nº CONTRATO:	146-ARC-DISAN-DHONAC-2024
Nº RESOLUCIÓN:	
No. DE PÓLIZA:	
Nº CDP:	40624
Nº RP:	39124

VALOR DEL CONTRATO:		$ 500.000.000,00
VALOR ADICIÓN:		
VALOR TOTAL CONTRATO:		$ 500.000.000,00
EJECUCIÓN CONTRATO		

ACUERDO CIRCULAR No. 08533/MDN-CGFM-DGSM-SAF-13 DE FECHA 31 DE MAYO DE 2017 LINEAMIENTOS DE ORDEN FINANCIERO PARA PAGO DE OBLIGACIONES SEGÚN NUMERAL 9.8 PAGO PROVEEDORES
PRIMER PAGO - NÚMERO DE OBLIGACIÓN:

DATOS BÁSICOS PROVEEDOR

PROVEEDOR:	CENTRO RADIOLOGICO DEL CARIBE SAS
C.C. / NIT:	900765131-4
ICT. ECONÓMICA RUT:	900765131-4
DIRECCIÓN:	CARTAGENA

TELEFONO:
BANCO:
No. CUENTA BANCARIA:
TIPO DE CUENTA: ☐ AHORRO ☐ CORRIENTE

DETALLES

ENCIA TURA	Nº FACTURA	CONCEPTO	VALOR FACTURA	VALOR GLOSA INICIAL	VALOR ACEPTADO POR EL PRESTADOR	VALOR SUBSANADO POR EL PAGADOR	VALOR TOTAL A PAGAR
1/2024	CRCF-39752		$ 70.011.190,00	$ 84.065,00	$ 84.065,00	-	$ 69.927.125,00
		SUBTOTAL CONCEPTOS	$ 70.011.190,00	$ 84.065,00	$ 84.065,00		$ 69.927.125,00

$ 69.927.125,00

OBSERVACIONES	ITEMS	CUENTA CONTABLE		VALOR
	VALOR PAGO ANTICIPO			
	VALOR FACTURA			
	VALOR GLOSA INICIAL			
REVISADO	VALOR SUBSANADO POR EL PAGADOR			
	VALOR TOTAL A PAGAR			
	BASE PARA LIQUIDAR RETE FUENTE			
CONTABILIZADO	CONCEPTO DEDUCCIONES	TARIFA	0	
	RETENCIÓN POR SERVICIOS MÉDICOS	2,0%		
	NETO A GIRAR			

SORERIA

FIRMA TESORERO

CUALQUIER DUDA O RECLAMO CON REFERENCIA A ESTE PAGO FAVOR COMUNUCARSE CON LA TESORERIA DE LA DIRECCION DE SANIDAD NAVAL TEL: 3278390 EXT 10467