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

Acta N° 009 Correspondiente de NOVIEMBRE de 2024.

	DIRECCION DE SANIDAD NAVAL
Fecha	30 DE DICIEMBRE DE 2024
Contrato, Orden o convenio N°	No. 100-ARC-DISAN-HONAC-2024
Contratista	PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS SAS
Identificación (Cedula o Nit)	901.088.105-1
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA PEDIATRICA PARA EL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA Y DISPENSARIO DE BLAS DE LEZO.
Valor Total del Contrato	$ 135.000.000.00
Plazo de Ejecución	31 DE AGOSTO DE 2024 – 30 DE NOVIEMBRE DE 2024
Forma y Condiciones de Pago	PAGOS PARCIALES
Número de la factura	PAK-386
Valor de la Factura	$ 15.000.000.00
Saldo del contrato	$ 0.00 – 100 %
No CDP	42124 DEL 23/01/2024
No RP	36624 DEL 14/03/2024

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.100**, manifiesta que el contratista **PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS SAS**, 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
PAK-386	03/12/2024	$ 15.000.000	15 días disponibilidad presenciales hospitalización y urgencia valor $ 1.000.000.		$ 15.000.000

Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato **No.100**, manifiesta que el contratista **PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS SAS**, 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 OCTUBRE DE 2024 No. Planilla 81620283.

CC ERIKSSON REYES HERNANDEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO N° 100-ARC-DISAN-HONAC-2024

	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: 05 DE DICIEMBRE DE 2024.	**Nombre del Contratista:** PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS SAS			**No. Contrato:** 100-ARC-DISAN-DHONAC-2024.
Periodo del Informe:	**Desde el :** 01 DE NOVIEMBRE DE 2024		**Hasta el:** 30 DE NOVIEMBRE DE 2024	
1. Objeto del contrato: " PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA PEDIATRICA PARA EL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA Y DISPENSARIO DE BLAS DE LEZO.				

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO					
Fecha de suscripción	28 DE FEBRERO DE 2024				
Fecha de Iniciación- Inicio	15 DE MARZO DE 2024				
Plazo del contrato	CUATRO (04) MESES				
Fecha de Terminación	31 DE AGOSTO DE 2024.				
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	30 NOVIEMBRE 2024				
Valor inicial del contrato	90.000.000.00				
No. CDP y FECHA: 42124 DE 23/01/2024	**VALOR:** $ 90.000.000.00	**No. CRP y FECHA:** 38624 14/03/2024		**VALOR:** $ 90.000.000.00	
Valor total del contrato (incluido valor adición)	90.000.000.00+45.000.000.:$135.000.000.				
No. CDP y FECHA:	**VALOR:**	**No. CRP y FECHA:**		**VALOR:**	

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

No. De PÓLIZA: 65-03-101046733 **Anexo No:** — **Aseguradora:** SEGUROS DEL ESTADOS S.A

AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
RESPONSABILIDAD CIVIL	02/09/2023	02/09/2024	$ 1.000.000.000,00
CUMPLIMIENTO	01/03/2024	31/08/2024	$ 9.000.000,00

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO (APLICA CUANDO SE MODIFICA EL CONTRATO EN TIEMPO Y VALOR)

No. De PÓLIZA: **Anexo No:** — **Aseguradora:**

AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO		
TERMINACIÓN ANTICIPADA:		
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (incluida adiciones)**	$ 135.000.000.00
	Valor total tramitado para pago	*$ 135.000.000.00*
	Saldo del contrato	$ 0.00

	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

	Porcentaje de Ejecución:	*100 %*

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No de Planilla de Salud: 81620283	Entidad: FOSYGA Fecha de pago: 08/11/2024 Valor: $ 2.252.200
No de Planilla de Pensión: 81620283	Entidad: COLPENSIONES Fecha de pago: 08/11/2024 Valor: $ 3.069.600
No. de Planilla de Riesgos Profesionales. 81620283	Entidad: POSITIVA SEGUROS Fecha de pago: 08/11/2024 Valor: $ 439.900

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORI	SOBRESALIENT	OBSERVACIONES
	Acudir al llamado en tiempo de respuesta no superior a cuatro (4) horas, en caso a valoración de urgencias y dar respuestas a interconsulta acuerdo a parámetros establecidos de respuestas. Se exceptúan los casos de extrema urgencias y emergencia según criterio médico, las cuales deberá responder en menos de 1 hora	Acude a los llamados del servicio de urgencia acuerdo a turnos de disponibilidad asignados. 15 días por valor de $ 1.000.000 c/u.			X		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	Certificó 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 comprobante de pago.				
AUTORIZACIÓN DE PAGO	**PERÍODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/11/2024	**HASTA EL**	30/11/2024
	VALOR A PAGAR ESTE PERÍODO (letras)	QUINCE MILLONES PESOS M/CTE.			
	VALOR A PAGAR (indicar valor en números)	*$ 15.000.000.00*			

SUPERVISOR - DEPENDENCIA

NOMBRE:
CC REYES HERNANDEZ ERIKSON

CARGO: JEFE SERVICIO CIRUGIA GENERAL
SUPERVISOR CONTRATO Nº 100-ARC-DISAN-DHONAC-2024.

FIRMA

DOCUMENTO SOPORTES	1. **Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales)** 2. **Acta de recibo de satisfacción parcial.** 3. **Factura electrónica de venta PAK-386**

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

PANAKEIA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
762d3d20f2309e3d3291537db2a4d4b9ec96d3324a04960b21d3644abe2e1411e50a5e25176333b4cdc055eec30eaa37

Número de Factura: PAK-386
Fecha de Emisión: 03/12/2024
Fecha de Vencimiento: 01/02/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS S.A.S.
Nombre Comercial: PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS S.A.S.
Nit del Emisor: 901088105
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8610
País: Colombia
Departamento: Bolívar
Municipio / Ciudad: Cartagena De Indias
Dirección: BRR PASEO BOLIVAR CR 16 36 39 CON LA SEVILLANA
Teléfono / Móvil: 3135365584
Correo: panakeiasas@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 901541021
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Calle 000
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: Sifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	5	Disponibilidad de Urgencias Pediatria Octubre 2024	NIU	15.000.000,00	$ 1,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 15.000.000,00

Notas Finales

Linea de negocio: #$15-01-11-094:contratoNo100-ARC-DISAN-DHONAC/2024:eriksson.reyes@armada.mil.co#$ Linea de negocio: #$15-01-11-094:contratoNo100-ARC-DISAN-DHONAC/2024:eriksson.reyes@armada.mil.co#$

Datos Totales

Documento generado el:
03/12/2024 13:08:26
Documento validado por la DIAN:
03/12/2024 13:08:27
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	15000000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	15000000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	15000000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 15000000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	15.000.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	15.000.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	15.000.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 15.000.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764084595927 Rango desde: 385 Rango hasta: 2000 Vigencia: 2025-12-03

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	1075262803	LUIS MIGUEL MATEUS PEÑA	Calle 63B# 28A 52.	3118114435	luismateuspe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	1	06/11/2024	81620283	$5.766.500	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	2.252.200	0		0		0	3	4.800	0	2.257.000	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	2.882.500	0	0	90.100	90.100	3	6.200	400	3.069.600	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	438.900				438.900	3	1.000	439.900			4.399	439.900	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	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	2.252.200	2.257.000
Pensión	1	3.063.000	3.069.600
Riesgos Laborales	1	438.900	439.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	5.754.100	5.766.500

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	1075282803	LUIS MIGUEL MATEUS PEÑA		Calle 63D# 28A 52	3118114435	luismateuspe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTA D.C.	BOGOTÁ D.C.		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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-10	2024-10	I	09/11/2024	81620283	TOTAL A PAGAR	
					$5.766.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Depto	Municipio	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Estudiante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cotizante	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
CC	1075282803	MATEUS PEÑA LUIS MIGUEL	57	0				N															25-14	18.017.09 5	2.882.800	0	0	80.100	80.100	EPS037	18.017.09 5	2.252.200	14-23	18.017.09 5	3	438.900		0,	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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