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

Acta N° 003- Correspondiente al Periodo ENERO DE 2025

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	19 FEBRERO DE 2025
Contrato, Orden o convenio Nº	469-ARC-DISAN-DHONAC-2024
Contratista	ISABEL CRISTINA GIL BELALCAZAR
Identificación (Cedula o Nit)	51.617.269 DE BOGOTÁ D.C
Objeto	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ALERGOLOGÍA EXTRAMURAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA
Valor Total del Contrato	VALOR INCIAL $20.000.000 – REDUCCION $10.300.000 VIGENCIA 2024 ADICION VIGENCIA FUTURA 2025 $ 10.000.000 VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 19.7000.000
Plazo de Ejecución	28 FEBRERO 2025
Forma y Condiciones de Pago	PARCIAL
Número de la factura	FEIG-477 CORRESPONDIENTE MES DICIEMBRE
Valor de la Factura	$ 4.970.000.00
Saldo del contrato	$ 5.030.000 74.47 % DE EJECUCION
No CDP	95824 DE FECHA 30/09/2024 $ 30.000.000,00 2825 06/01/2025
No CRP	106224 DE FECHA 15/11/2024 $ 30.000.000,00 2825 06/01/2025

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. **459-ARC-DISAN-DHONAC-2024**, manifiesta que el contratista **ISABEL CRISTINA GIL BELALCAZAR** 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						
	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**
	FEIG-477	19/02/2025	$ 4.970.000.00	PRESTACION DE SERVICIOS DE ALERGOLOGIA EXTRAMURAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMADE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES DEL HONAC	N/A	$ 4.970.000.00
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato **N° 469-ARC-DISAN-DHONAC-2024,** manifiesta que el contratista **ISABEL CRISTINA GIL BELALCAZAR**, 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 del mes **ENERO DE 2025 No. 7955106770**

TN DIANA NUÑEZ FLETCHER
SUPERVISOR DEL CONTRATO N° 469-ARC-DISAN-DHONAC-2024

CONTRATO O CONVENIO No.	469-ARC-DISAN-DHONAC-2024
FECHA FIRMA CONTRATO	14/11/2024
CONTRATISTA:	ISABEL CRISTINA GIL BELALCAZAR
NIT:	51.617.269 de Bogotá D.C
FECHA ENTREGA INFORME SUPERVISIÓN	19 DE FEBRERO 2025
PERÍODO INFORME DE SUPERVISIÓN	06 DICIEMBRE 2024 AL 27 DICIEMBRE 2024

1. OBJETO DEL CONTRATO O CONVENIO	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ALERGOLOGÍA EXTRAMURAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA

1.1. MODIFICACIONES AL CONTRATO O CONVENIO

No. MODIFICATORIO	FECHA MODIFICATORIO	MOTIVO DEL MODIFICATORIO
1	24/12/2024	PRORROGA EN TIEMPO HASTA EL 28 DE ENERO Y ADICION $10.000.000

2. RELACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL ITEM INCLUIDO IVA
1	CONSULTA ESPECIALIZADA DE ALERGOLOGÍA PRIMERA VEZ	1 SESIÓN	$ 70.000,00		$ 70.000,00
2	CONSULTA ESPECIALIZADA DE ALERGOLOGÍA CONTROL	1 SESIÓN	$ 70.000,00		$ 70.000,00
3	PRUEBA INTRADÉRMICA DE ALERGIA (PRUEBAS CUTÁNEAS)	1 SESIÓN	$ 190.000,00		$ 190.000,00
4	TEST DE PARCHE	1 SESIÓN	$ 230.000,00		$ 230.000,00
5	TRATAMIENTO MENSUAL INMUNOTERAPIA	1 SESIÓN	$ 190.000,00		$ 190.000,00
6	TEST DE PROVOCACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ORAL AMBULATORIO	1 SESIÓN	$ 400.000,00		$ 400.000,00
7	TEST DE PROVOCACIÓN A MEDICAMENTOS (AINES) INTRAHOSPITALARIOS CON DISPONIBILIDAD DE EQUIPO RCP Y UCI	1 SESIÓN	$ 2.100.000,00		$ 2.100.000,00
				VALOR TOTAL	**$ 3.250.000,00**

2.1. OBSERVACIONES

NO HAY OBSERVACIONES

3. VALOR CONTRATO O CONVENIO

VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO:	20.000.000,00
VALOR ADICIÓN CONTRATO O CONVENIO:	10.000.000,00
VALOR REDUCCION CONTRATO	10.300.000,00
VALOR TOTAL CONTRATO O CONVENIO:	19.700.000,00

3.1 DISCRIMINACIÓN DEL VALOR

TIPO DE CONTRATO	VALOR EN $
PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS	19.700.000,00

3.2. OBSERVACIONES

NO HAY OBSERVACIONES

3.3. DESCRIPCIÓN DETALLADA AMORTIZACIÓN ANTICIPO

NO APLICA

4 RELACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

VIGENCIA PRESUPUESTAL	CDP No.	FECHA CDP	VALOR CDP	CRP No.	FECHA CRP	VALOR CRP
2024	95824	30/09/2024	20.000.000,00	106224	15/11/2024	20.000.000,00

4.1. OBSERVACIONES

NO HAY OBSERVACIONES

5 DATOS ENTIDAD BANCARIA CONTRATISTA

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA
DAVIVIENDA	AHORRO	0550056200036384

6 PLAZO DE EJECUCIÓN

PLAZO EJECUCIÓN CONTRATO O CONVENIO	28 FEBRERO DE 2025
PLAZO DE DURACIÓN	28 FEBRERO DE 2025
PRÓRROGA PLAZO DE EJECUCIÓN	N/A
FECHA FINALIZACIÓN CONTRATO O CONVENIO	CUATRO (04) MESES SIGUIENTES AL PLAZO DE EJECUCION

7 RESUMEN PÓLIZAS

PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO No.	4084523
FECHA EXPEDICIÓN:	14 DE NOVIEMBRE DE 2024
FECHA EXPIRACIÓN:	30 28 DE JUNIO 2025
ASEGURADORA:	SURA

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	14/11/2024	28/106/2025	9.000.000,00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	14/11/2024	28/02/2028	1.500.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	14/11/2024	28/106/2025	9.000.000,00

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL No.	013000988345
FECHA EXPEDICIÓN:	15 DE NOVIEMBRE 2024
FECHA EXPIRACIÓN:	31 DE DICIEMBRE 2024
ASEGURADORA:	SURA

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	15/11/2024	31/12/2024	260.000.000,00

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL – CLINICAS Y HOSPITALES No.	4032
FECHA EXPEDICIÓN:	01 DE OCTUBRE 2022
FECHA EXPIRACIÓN:	01 DE OCTUBRE 2023
ASEGURADORA:	LIBERTY SEGUROS S.A

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	01/10/2024	01/10/2025	300.000.000,00

8. RELACIÓN FACTURAS PRESENTADAS SERVICIOS DE SALUD (CONTRATOS RELACIONADOS CON AUDITORIA)

8.1 FACTURAS RECIBIDAS POR EL SUPERVISOR

FECHA DE ENTREGA POR EL CONTRATISTA	No DE FACTURA	FECHA FACTURA	CANTIDAD PACIENTES ATENDIDOS	VALOR FACTURA

VALOR TOTAL	

8.2 FACTURAS ENTREGADAS POR EL SUPERVISOR AL ÁREA DE AUDITORIA (ACRE)

FECHA DE ENTREGA A ÁREA DE AUDITORIA POR EL SUPERVISOR	No DE FACTURA	FECHA FACTURA	CANTIDAD PACIENTES ATENDIDOS	VALOR FACTURA
19/02/2025	FEIG-477	03/02/2025	35	$4.970.000,00
			VALOR TOTAL	$4.970.000,00

8.3 FACTURAS RADICADAS PARA TRAMITE DE PAGO

FECHA DE ENTREGA POR EL SUPERVISOR AL ÁREA DE CONTRATOS	No DE FACTURA	FECHA FACTURA	CANTIDAD PACIENTES ATENDIDOS	VALOR FACTURA
17/12/2024	FEIG-442	03/12/2024	12	$1.440.000,00
27/12/2024	FEIG-461	26/12/2024	61	$8.260.000,00
19/02/2025	FEIG-477	03/02/2025	35	$4.970.000,00
			VALOR TOTAL	$ 14.670.000,00

9. FACTURAS PAGADAS

CONTRATADO				PAGADO			
TIPO DE PAGO	VIGENCIA	VALOR $	OBLIGACIÓN No.	FECHA OBLIGACIÓN	ORDEN DE PAGO No.	FECHA ORDEN DE PAGO	VALOR PAGADO

*Tipo de Pago: Acuerdo clausula valor y forma de pago de debe indicar cono quedo registrado. Ejemplo: Parcial, Mensual, Total etc.

*Para lo ITEMS Obligación No., fecha obligación, orden de pago, fecha orden de pago, valor pagado, es información suministrada por el área de tesorería o su equivalente en los ESM ARC.

10. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO O CONVENIO	$ 19.700.000,00
VALOR TOTAL EJECUTADO	$ 14.670.000,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA	$ 0,00
VALOR PENDIENTE POR PAGAR AL CONTRATISTA	$4.970.000,00
SALDO POR LIBERAR	$10.300.000,00

SALDO CONTRATO	$ 5.30.000,00

OBSERVACIONES

SE REALIZA MODIFICATORIO DEL CONTRATO, CON REDUCCION PARA VIGENCIA 2024 DE $10.300.000 Y ADICION VIGENCIA FUTURA DE $10.000.000 PARA UN VALOR TOTAL: $19.700.000

10. RELACIÓN DETALLADA DE LOS BIENES Y SERVICIOS RECIBIDOS

NO APLICA

11. ACTIVIDADES REALIZADAS

SE REALIZARON 35 CONSULTAS A PACIENTES EN EL MES DE ENERO

12. APORTES PARAFISCALES

PLANILLA NO. 7955106770 CORRESPONDIENTE MES ENERO/2025

13. CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRATISTA

CONTRATISTA CUMPLE SATISFACTORIAMENTE CON SUS OBLIGACIONES.

14. NOVEDADES Y/O INFORMACIÓN RELEVANTE

SIN NOVEDAD.

15. AVANCE TOTAL DEL PROYECTO (SI APLICA)

NO APLICA

16. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN (SI APLICA)7841621941

NO APLICA

17. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

18. ANEXOS

1. PLANILLA APORTES PARAFISCALES.

19. ÁLBUM FOTOGRÁFICO (SI APLICA)

NO APLICA

TN DIANA NUÑEZ FLETCHER
JEFE SERVICIO DERMATOLOGIA
DIVISIÓN SERVICIOS ASISTENCIALES HONAC