	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÒN DE SANIDAD NAVAL**		
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL		
	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATOS PRESTACIÓN SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		
	Versión 2.0	**Fecha: 20/03/2023**	**Página 3 de 4**

DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: 30 DE ABRIL DE 2025	**Nombre del Contratista:** PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS SAS				**No. Contrato:** 301-ARC-DISAN-DHONAC-2025
Periodo del informe:	**Desde el :** 01 DE ABRIL DE 2025		**Hasta el:** 30 DE ABRIL DE 2025		
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	21 DE MARZO DE 2025				
Fecha de Iniciación- Inicio	26 DE MARZO DE 2025				
Plazo del contrato	CUATRO (04) MESES.				
Fecha de Terminación	31 DE JULIO DE 2025				
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	31 DE JULIO DE 2025				
Valor Inicial del contrato	SETENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS MCTE (75.000.000.00)				
No. CDP y FECHA: 28025 DEL 13/01/2025	**VALOR:** $ 75.000.000.00		**No. CRP y FECHA:** 42225 DEL 26/03/2025		**VALOR:** $ 75.000.000.00
Valor total del contrato (incluido valor adición)	SETENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS MCTE (75.000.000.00)				
No. CDP y FECHA:	**VALOR:**		**No. CRP y FECHA:**		**VALOR:**
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza** **65-03-101072143** **75-03-101015021** **75-46-101017629**		**Aseguradora:** **SEGUROS DEL ESTADO S.A** **SEGUROS DEL ESTADO S.A** **SEGUROS DEL ESTADO S.A**		
	AMPAROS	**VIGENCIA**			**VALOR ASEGURADO**
	RESPONSABILIDAD CIVIL RESPONSABILIDAD CIVIL	02/09/2024 13/06/2024	02/09/2025 13/06/2025		$1.000.000.000.oo $1.000.000.000.oo
	CUMPLIMIENTO	21/03/2025	31/07/2025		$7.500.000.oo
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:					
STADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	$75.000.000.00			
	Valor total tramitado para pago	$15.000.000.00			
	Saldo del contrato	$60.000.000			
	Porcentaje de Ejecución:	**20 %**			

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: **85797730**	**Entidad:** NUEVA EPS **Fecha de pago:** 14/04/2025 **Valor:** $ 1.644.500
No. de Planilla de Pensión: **85797730**	**Entidad:** COLPENSIONES **Fecha de pago:** 14/04/2025 **Valor:** $ 2.236.700
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: **85797730**	**Entidad:** Positiva Compañía **Fecha de pago:** 14/04/2025 **Valor:** $ 320.500

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN (Registrar cada una de las obligaciones especificas contratadas)	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES (Registrar en esta columna las observaciones realizadas a la actividad)
	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	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 anexan Comprobantes de pago.				
AUTORIZACIÓN PAGO	**PERIODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/04/2025	**HASTA EL**	30/04/2025
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en Letras)	QUINCE MILLONES DE PESOS M/CTE.			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en números)	**$** 15.000.000,00			

SUPERVISOR – DEPENDENCIA	
NOMBRE: CC REYES HERNANDEZ ERIKSON	
CARGO: JEFE SERVICIO CIRUGIA GENERAL SUPERVISOR CONTRATO Nº 301-ARC-DISAN-DHONAC-2025	Erikson Reyes H **FIRMA**

DOCUMENTOS SOPORTES	5. **Solicitud de pago.** 6. **Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales).** 7. **Informe de supervisión y cumplimiento del Contratista.** 8. **Factura electrónica de venta PAK-401**

	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL**		
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL		
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS Y SOLICITUD DE PAGO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		
	Versión 1.0	**Fecha: 20/02/2023**	**Página 1 de 1**

Cartagena D.C, 30- ABR-2025

Señor:
ERIKSSON REYES
Supervisor Contrato No. 301-ARC-DISAN-DHONAC-2025
Cartagena

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO **No 301-ARC-DISAN-DHONAC-2025.**

Nombre del contratista PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS, identificado como aparece al pie de mi firma, de la manera más respetuosa me permito presentar, el informe de actividades realizadas en mi condición de CONTRATISTA, durante el periodo de Abril de 2025, en cumplimiento a lo establecido en la cláusula sexta del CONTRATO No. 301 del 26 de MARZO de 2025, cuyo objeto contractual es: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS EN CIRUGIA PEDIATRICA, las cuales relaciono a continuación:

INFORME DE ACTIVIDADES No. 001

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EJECUTADAS CONFORME AL PERIODO

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES REALIZADAS
1	Acudir al llamado en tiempo de respuesta no superior a dos (2) 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.	Se acudió al llamado el 100% de las veces durante 15 dias de disponibilidad.
2.		

ACREDITACIÓN DEL PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: Cumpliendo con lo dispuesto en el contrato, anexo el comprobante de pago de seguridad social, planilla No. 85797730 correspondiente al mes de marzo de 2025.
INFORMACIÓN DE NOVEDADES AL SUPERVISOR: Ninguna

SOLICITUD DE PAGO DEL CONTRATO No. No 301-ARC-DISAN-DHONAC-2025.

Con ocasión a la forma de pago definida en la cláusula séptima del contrato, para el periodo ejecutado, corresponde a la Dirección de Sanidad de la Armada Nacional, pagar a nombre del contratista, la siguiente suma:

No. PAGO	FECHA	VALOR A PAGAR	CONCEPTO	REGIMEN	No. RUT
No. 001	**30/04/2025**	**QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000).**	**Servicios prestados durante el mes de Abril, durante 15 días por valor de 1.000.000 cada día en desarrollo del contrato No 301A R C - D I S A N - DHONAC-2025.**	**SIMPLIFICADO**	**901088105-1**

Para efecto del pago, agradezco desembolsar en la cuenta Ahorros (x) No. 0089359087 del banco BBVA.
Atentamente,

TANIA CASTILLA

PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS
NIT 901088105-1
No. de contrato 301-ARC-DISAN-DHONAC-2025.

20230220951110 **REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN**

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

PANÁKEIA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
a683dcfe56d4c52fd0c4956a15807559c03d757b99596299243d86b95d46c297aa237e43786255592099bd821f31af61

Número de Factura: PAK-401
Fecha de Emisión: 28/04/2025
Fecha de Vencimiento: 27/06/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Reversión Crédito Ahorro
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: Siifnacion.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 Urgencias Abril 2025	NIU	15.000.000,00	$ 1,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 15.000.000,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
28/04/2025 13:17:50
Documento validado por la DIAN:
28/04/2025 13:17:50
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	1075282803	LUIS MIGUEL MATEUS PEÑA	Calle 63D# 28A 52-	3118114435	luismateuspe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-03	2025-03	I	14/04/2025	85797730	TOTAL A PAGAR	
					$4,201,700	

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	1.631.800	0		0		0	12	12.700	0	1.644.500	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	2.088.700	0	0	65.300	65.300	12	16.200	1.200	2.236.700	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	318.000				318.000	12	2.500	320.500			3.180	320.500	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	12	0	0	0
ICBF				
0	12	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	1.631.800	1.644.500
Pensión	1	2.219.300	2.236.700
Riesgos Laborales	1	318.000	320.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	4.169.100	4.201.700

PAGADA

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
CC	1075282803	LUIS MIGUEL MATEUS PEÑA		Calle 63D# 28A 52	3118114435	luismateuspe@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-03	2025-03	I	14/04/2025	85797730	$4,201,700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Sublimite	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1075282803	MATEUS PEÑA LUIS MIGUEL	57	0			N																	25-14	13,054,000	2,088,700	0	0	65,300	65,300	EPS037	13,054,000	1,631,800	14-23	13,054,000	3	318,000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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