	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 1 de 6**

DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: 07 DE JULIO DE 2025	**Nombre del Contratista:** PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS SAS				**No. Contrato:** 301-ARC-DISAN-DHONAC-2025
Periodo del informe:	**Desde el :** 01 DE JUNIO DE 2025		**Hasta el:** 30 DE JUNIO 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)				
No. CDP y FECHA: 28025 DEL 13/01/2025	**VALOR:** $ 75.000.000		**No. CRP y FECHA:** 42225 DEL 26/03/2025		**VALOR:** $ 75.000.000
Valor total del contrato (incluido valor adición)	SETENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS MCTE (75.000.000)				
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 $1.000.000.000
	CUMPLIMIENTO	21/03/2025	31/07/2025		$7.500.000
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			
	Valor total tramitado para pago	$ 45.000.000			
	Saldo del contrato	$ 30.000.000			
	Porcentaje de Ejecución:	**60 %**			

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: **87521607**	**Entidad:** NUEVA EPS **Fecha de pago:** 19/06/2025 **Valor:** $ 1.761.900
No. de Planilla de Pensión: **87521607**	**Entidad:** COLPENSIONES **Fecha de pago:** 19/06/2025 **Valor:** $ 2.396.200
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: **87521607**	**Entidad:** Positiva Compañía **Fecha de pago:** 19/06/2025 **Valor:** $ 343.400

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**	01/06/2025	**HASTA EL**	30/06/2025
	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			

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	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 electrónica de venta PAK-414**

	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 1 de 6**

DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: 30 DE JUNIO DE 2025	**Nombre del Contratista:** PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS SAS				**No. Contrato:** 301-ARC-DISAN-DHONAC-2025
Periodo del informe:	**Desde el :** 01 DE JUNIO DE 2025		**Hasta el:** 30 DE JUNIO 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)				
No. CDP y FECHA: 28025 DEL 13/01/2025	**VALOR:** $ 75.000.000	**No. CRP y FECHA:** 42225 DEL 26/03/2025	**VALOR:** $ 75.000.000		
Valor total del contrato (incluido valor adición)	SETENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS MCTE (75.000.000)				
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 $1.000.000.000	
	CUMPLIMIENTO	21/03/2025	31/07/2025	$7.500.000	
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			
	Valor total tramitado para pago	$ 45.000.000			
	Saldo del contrato	$ 30.000.000			
	Porcentaje de Ejecución:	**60 %**			

	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- JUN-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 Junio 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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN CIRUGIA PEDIATRICA, las cuales relaciono a continuación:

INFORME DE ACTIVIDADES No. 003

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 días de disponibilidad del mes de junio.
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. 87521607 correspondiente al mes de mayo 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. 003	**30/06/2025**	**QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000).**	**Servicios prestados durante el mes de Juno, durante 15 días por valor de 1.000.000 cada día de disponibilidad 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

PANAKEIA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
e07a3e78cdd2b45d197ad4c21d029b788d62d9d2d7ea598dbb00632512e7b688c2ff940a69c83e38204b58af333f6a6e

Número de Factura: PAK-414
Fecha de Emisión: 07/07/2025
Fecha de Vencimiento: 05/09/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: 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: 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 15 dias a $ 1.000.000 cada uno	NIU	15.000.000,00	$ 1,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 15.000.000,00

Notas Finales

Disponibilidad 15 dias a $1.000.000 cada uno
Linea de negocio: Disponibilidad 15 dias a $1.000.000 cada uno=$15.000.000

Datos Totales

Documento generado el:
07/07/2025 10:07:26
Documento validado por la DIAN:
07/07/2025 10:07:27
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	1075282803	LUIS MIGUEL MATEUS PEÑA	Calle 63D# 28A 52	3118114435	luismateuspo@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	19/06/2025	87521607	$4.501.500	

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	1.745.000	0		0		0	15	16.900	0	1.761.900	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	2.233.600	0	0	69.800	69.800	15	21.600	1.400	2.396.200	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	340.100				340.100	15	3.300	343.400			3.401	343.400	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	15	0	0	0
ICBF				
0	15	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	1.745.000	1.761.900
Pensión	1	2.373.200	2.396.200
Riesgos Laborales	1	340.100	343.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	4.458.300	4.501.500

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.	BOGOTA 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	
2025-05	2025-05	I	19/06/2025	87521607	$4,501,500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. 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	13.960,000	2.233.600	0	0	69.800	69.800	EPS037	13.960,000	1.745.000	14-23	13.960,000	3	340.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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