	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 10**

DATOS DEL INFORME			
Fecha de presentación: 31 DE AGOSTO DE 2025	**Nombre del Contratista:** PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS SAS		**No. Contrato:** 301-ARC-DISAN-DHONAC-2025
Periodo del informe:	**Desde el :** 01 DE AGOSTO DE 2025	**Hasta el:**	31 DE AGOSTO 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)	07 DE OCTUBRE 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)	TREINTA Y SIETE MILLONES DE PESOS MCTE (37.000.000)		
No. CDP y FECHA: 28025 DEL 13/01/2025	**VALOR: $37.000.000**	**No. CRP y FECHA:** 42225 DEL 26/03/2025	**VALOR: $37.000.000**

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza**	**Aseguradora:**		
	65-03-101072143	**SEGUROS DEL ESTADO S.A**		
	75-03-101015021	**SEGUROS DEL ESTADO S.A**		
	75-46-101017629	**SEGUROS DEL ESTADO S.A**		
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
	RESPONSABILIDAD CIVIL	02/09/2024	02/09/2025	$1.000.000.000
	RESPONSABILIDAD CIVIL	13/06/2024	13/06/2025	$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**	**Aseguradora:**		
	65-03-101072143	**SEGUROS DEL ESTADO S.A**		
	75-03-101015021	**SEGUROS DEL ESTADO S.A**		
	75-46-101017629	**SEGUROS DEL ESTADO S.A**		
	AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
	RESPONSABILIDAD CIVIL	02/09/2024	02/09/2025	$1.000.000.000
	RESPONSABILIDAD CIVIL	13/06/2024	13/06/2025	$1.000.000.000
	CUMPLIMIENTO	21/03/2025	07/10/2025	$11.200.000

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO	PRIMER MODIFICATORIO (ADICION PRESUPUESTAL POR VALOR DE $37.000.000 Y PRORROGA AL PLAZO DE EJECUCIONHASTA EL 07 DE OCTUBRE DE 2025) AL CONTRATO No. 101-ARC-DISAN-DHONAC-2025, CELEBRANDO ENTRE EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS SAS
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	

STADO FINANCIERO DEL CONTRATO		
	Valor total del contrato (Incluida adiciones)	$ 112.000.000
	Valor total tramitado para pago	$ 75.000.000
	Saldo del contrato	$ 37.000.000
	Porcentaje de Ejecución:	**67 %**

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: **89055787**	**Entidad:** NUEVA EPS **Fecha de pago:** 19/08/2025 **Valor:** $ 2.385.700
No. de Planilla de Pensión: **89055787**	**Entidad:** COLPENSIONES **Fecha de pago:** 19/08/2025 **Valor:** $ 3.244.600
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: **89055787**	**Entidad:** Positiva Compañía **Fecha de pago:** 19/08/2025 **Valor:** $ 465.000

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN (Registrar cada una de las obligaciones específicas 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**	01/08/2025	**HASTA EL**	31/08/2025	
	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 ERIKSSON REYES HERNANDEZ

CARGO: JEFE SERVICIO CIRUGIA GENERAL
SUPERVISOR CONTRATO N° 301-ARC-DISAN-DHONAC-2025.

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-425**

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

PANAKEIA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
2a41a049784a30ab4869ba12ba53ea5c4cedf1e8dd1c42fd6b15f860ec307579cbe9477e1bfbd35d2df3b4acced30b4e

Número de Factura: PAK-425
Fecha de Emisión: 28/08/2025
Fecha de Vencimiento: 27/10/2025
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 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

Linea de negocio: Disponibilidad 15 dias a $1.000.000 cada uno AGOSTO 2025

Datos Totales

Documento generado el:
28/08/2025 09:08:22
Documento validado por la DIAN:
28/08/2025 09:08:23
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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	19/08/2025	89055787	$6,095,300	

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	2.363.200	0		0		0	15	22.500	0	2.385.700	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	3.024.800	0	0	94.600	94.600	15	28.800	1.800	3.244.600	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	460.600				460.600	15	4.400	465.000			4.606	465.000	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	2.363.200	2.385.700
Pensión	1	3.214.000	3.244.600
Riesgos Laborales	1	460.600	465.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	6.037.800	6.095.300

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	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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-07	2025-07	I	19/08/2025	89055787	$6,095,300

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	ICE	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	18.905.000	3.024.800	0	0	94.600	94.600	EPS037	18.905.000	2.363.200	14-23	18.905.000	3	460.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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