



ARMADA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL

PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL

INFORME DE SUPERVISIÓN PRESTACIÓN SERVICIOS PERSONA NATURAL

Versión 1.0

Fecha: 15/02/2022

Página 1 de 3

DATOS DEL INFORME

Fecha de presentación: 05/02/2025	Nombre del Contratista: MARIA CLARA BENITEZ CARDOZA	No. Contrato: 509-ARC-DISAN-HONAC-2024
--------------------------------------	---	--

Periodo del informe:	Desde el : 01 ENERO DE 2025	Hasta el: 31 ENERO DE 2025
----------------------	-----------------------------	----------------------------

Objeto del contrato: "CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PEDIATRA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y DISPENSARIO BLAS DE LEZO."

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO

Fecha de suscripción	26 NOVIEMBRE DE 2024		
Fecha de Iniciación- Inicio	27 NOVIEMBRE DE 2024		
Plazo del contrato	2 MES		
Fecha de Terminación	31 DICIEMBRE DE 2024		
Fecha de terminación final (incluirl prórrogas)	31 ENERO DE 2025		
Valor Inicial del contrato	\$ 6.960.000		
No. CDP y FECHA: 91224 DEL 16 SEPTIEMBRE DE 2024	VALOR: \$ 6.960.000- \$ 30.000 = \$ 6.930.000	No. CRP y FECHA: 115324 DEL 27 NOVIEMBRE DE 2024	VALOR: \$ 6.960.000- \$ 30.000 = \$ 6.930.000
Valor total del contrato (incluido valor adición)	\$ 6.960.000- \$ 30.000 = \$ 6.930.000 + \$ 3.430.000 = \$ 10.360.000		
No. CDP y FECHA: 4225 DEL 06 ENERO DE 2025	VALOR : \$ 3.430.000	No. CRP y FECHA: 4225 DEL 06 ENERO DE 2025	VALOR: \$ 3.430.000

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	No. de Póliza Anexo No. 62-03-101059170 440 - 47 - 994000029036		Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	
	AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	RESPONSABILIDAD CIVIL	14/01/2024	14/01/2025	\$ 920.000.000
	CUMPLIMIENTO	25/11/2024	31/12/2024	\$ 696.000.00

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
	CUMPLIMIENTO	25/11/2024	31/01/2025	\$ 1.039.000

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO	REDUCCION \$ 30.000 ADICION \$ 3.430.000 Y PRORROGA HASTA EL 31 ENERO DE 2025.
-----------------------------	---

TERMINACIÓN ANTICIPADA:

ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	Valor total del contrato (Incluida adiciones)	\$ 6.960.000- \$ 30.000 = \$ 6.930.000 + \$ 3.430.000 = \$ 10.360.000
	Valor total tramitado para pago	\$ 10.360.000



REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN



PROCESO GE...

INFORME DE SUPERVISIÓN PRESTACIÓN SERVICIOS PERSONA NATURAL

Versión 1.0

Fecha: 15/02/2022

Página 2 de 3



Saldo del contrato \$ 0  
Porcentaje de Ejecución: 100%

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No de Planilla de Salud: 9480185879	Entidad: EPS SURA Fecha de pago: 10/01/2025 Valor: \$ 800.000
No de Planilla de Pensión: 9480185879	Entidad: PORVENIR Fecha de pago: 10/01/2025 Valor: \$ 1.088.000
No de Planilla de Riesgos Profesionales: 9480185879	Entidad: SURA Fecha de pago: 10/01/2025 Valor: \$ 156.000

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LA OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES
01	Realizar atención de urgencias y realizar evolución del paciente pediátrico hospitalizado en las instalaciones del hospital naval de Cartagena y dispensario Blas de Lezo	Realizo atención de pacientes en los servicios que tienen pacientes pediátricos del HONAC.			X		El contratista cumplió a cabalidad con la obligación.
02	Realizar por la evolución diaria de todo paciente hospitalizado del servicio de pediatría	Todos los pacientes fueron atendidos y su evolución registrada en el sistema de historia clínica.			X		El contratista cumplió con la atención de los pacientes, se presentó novedad con el traslado de un paciente a una IPS con mayor nivel de complejidad en donde no se esperó el código de aceptación y al llegar no atendieron inmediatamente al paciente. Se realizó socialización de los protocolos de remisión de pacientes y el contratista se comprometió a cumplirlos.
03	Participar en Juntas Médicas del Grupo de servicio de pediatría	Participo en la juntas medicas realizadas			X		El contratista cumplió a cabalidad con la obligación.



REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN



<b>ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL</b>		
<b>PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL</b>		
<b>INFORME DE SUPERVISIÓN PRESTACIÓN SERVICIOS PERSONA NATURAL</b>		
<b>Versión 1.0</b>	<b>Fecha: 15/02/2022</b>	<b>Página 3 de 3</b>


04	ingresar toda valoración de pacientes urgencias, interconsultas de pisos en el sistema, así como nota de ingreso de los pacientes hospitalizados, formulación, evoluciones y epicrisis de acuerdo a la normatividad vigente.	Dejo registro de las atenciones realizadas a los pacientes en el sistema de historia clínica.	X	El contratista cumplió a cabalidad con la obligación.
07	expedir conceptos médicos, resúmenes de historia clínica y demás documentación legal requerida para la realización de las juntas medico laborales y/o a solicitud del paciente interesado.	Durante el mes no se presentaron situaciones.	X	El contratista cumplió a cabalidad con la obligación.
09	verificar la formulación de medicamentos en el acuerdo 052, en caso de que no se encuentre el medicamento requerido deberá diligenciar formato para solicitud autorización por parte de comité técnico científico de medicamentos, el cual debe ser plenamente justificado en la historia clínica y haber agotado las alternativas existentes en el acuerdo.	Realizo formulación de pacientes en los diferentes servicios utilizando lo establecido en el acuerdo 052 y en los pacientes que requirieron medicamentos fuera del acuerdo realizo el diligenciamiento de los formatos del CTC.	X	El contratista cumplió a cabalidad con la obligación.

**CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO**

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO**  
El Supervisor certifica que las actividades asignadas al contratista, fueron ejecutadas a satisfacción y de conformidad con lo estipulado en el contrato.  
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.

<b>AUTORIZACIÓN PAGO</b>	<b>PERIODO A PAGAR</b>	<b>DESDE EL</b>	01/01/2025	<b>HASTA EL</b>	31/01/2025
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	\$ 3.430.000			

**SUPERVISOR – DEPENDENCIA**  
**NOMBRE:** CF MAGDA LORENA NOVA ARRIETA  
**CARGO:** JEFE SERVICIO PEDIATRA HONAC

  
**FIRMA**

- DOCUMENTO SOPORTES**
1. Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales).
  2. Informe de supervisión y cumplimiento del Contratista.
  3. Factura electrónica FE-86





ARMADA NACIONAL  
DIRECCION DE SANIDAD NAVAL

GESTION CONTRACTUAL

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL

Versión: 3.0

Fecha :25-06-2013

Acta No. 02 Correspondiente al mes de 01 AL 31 ENERO DE 2025

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	31 ENERO DE 2025.
Contrato, Orden o convenio N°	509-ARC-DISAN-HONAC-2024
Contratista	MARIA CLARA BENITEZ CARDOZA
Identificación (Cedula o Nit)	1.047.450.726
Objeto	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PEDIATRA PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y DISPENSARIO BLAS DE LEZO.
Valor Total del Contrato	\$ 6.960.000 - \$ 30.000 = \$ 6.930.000 + \$ 3.430.000 = \$ 10.360.000
Plazo de Ejecución	31 ENERO DE 2025.
Forma y Condiciones de Pago	Pagos parciales de acuerdo a las horas mensuales prestadas
Número de la factura	FE-86
Valor de la Factura	\$ 3.430.000
Saldo del contrato	\$ 0 – 100%
No CDP	91224 DEL 16 SEPTIEMBRE DE 2024 - \$ 6.960.000-\$ 30.000 = \$ 6.930.000 4225 DEL 06 ENERO DE 2025 - \$ 3.430.000
No CRP	115324 DEL 27 NOVIEMBRE DE 2024 - \$ 6.960.000-\$ 30.000 = \$ 6.930.000 4225 DEL 06 ENERO DE 2025 - \$ 3.430.000

CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO					
ITEM	DESCRIPCION	CANT.	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ESM	HONAC				
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, la suscrita supervisora del contrato No. 509-ARC-DISAN-HONAC-2024, manifiesta que la contratista <b>MARIA CLARA BENITEZ CARDOZA</b> , 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						
DESCRIPCION	Especifique el servicio prestado y el número de la orden de servicio					
	No. FACTURA	FECHA FACTURA	VALOR FACTURA	DESCRIPCION DE SERVICIOS	VALOR DIFERENCIA	VALOR TOTAL PAGO
	FE-86	24/01/2025	\$ 3.430.000	19 horas presenciales por valor \$70.000 pesos cada hora y 60 horas disponibilidad por valor \$35.000	No aplica	\$ 3.430.000
	<b>TOTAL</b>					
ESM	HONAC					
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, la suscrita supervisora del contrato No. 509-ARC-DISAN-HONAC-2024, manifiesta que la contratista <b>MARIA CLARA BENITEZ CARDOZA</b> , 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 **ENERO DE 2025** No. Planilla 9480185879.

**CF MAGDA LORENA NOVA ARRIETA**  
Supervisora del contrato No. 509 –ARC-DISAN-HONAC-2024

## Representación Gráfica

## Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

b4f060b5332f920f2d9abde7401866b9fd2caf01ff61a4e07811d8e781ea1fdf7a5b2c3e8d7076cac48b952928e09a6d

Número de Factura: FE-86

Forma de pago: Crédito

Fecha de Emisión: 24/01/2025

Medio de Pago: Crédito ACH

Fecha de Vencimiento: 23/02/2025

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

## Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BENITEZ CARDOZA MARIA CLARA

Nombre Comercial: BENITEZ CARDOZA MARIA CLARA

Nit del Emisor: 1047450726

Pais: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Córdoba

Régimen Fiscal: R-99-PN

Municipio / Ciudad: Montebano

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: CR 21 24 A 12 BRR LAURELES

Actividad Económica:

Teléfono / Móvil: 3215984331

Correo: mclarabc22@hotmail.com

## Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA

Tipo de Documento: NIT

Pais: Colombia

Número Documento: 901541021

Departamento: Bolívar

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Cartagena De Indias

Régimen fiscal: R-99-PN

Dirección: CR 2 14 210 BRR BOCAGRANDE

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Teléfono / Móvil: 3202403264

Correo: sifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

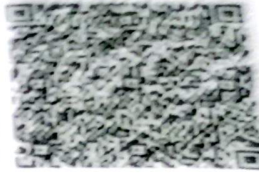
## Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	1	VALOR HORA DISPONIBILIDAD	NIU	60,00	\$ 35.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 2.100.000,00
2	2	VALOR HORA PRESENCIAL	NIU	19,00	\$ 70.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 1.330.000,00

## Notas Finales

#\$15-01-11-094;contratoNo509HONAC/2022;magda.nova@armada.mil.co#\$

Línea de negocio: #\$15-01-11-094;contratoNo509HONAC/2022;magda.nova@armada.mil.co#\$



Documento generado el:  
31/01/2025 22:14:18  
Documento validado por:  
h  
h  
31/01/2025 22:14:18  
M: Generado por: Solución  
Gratita DIAN  
800197268  
pp: Generado por:  
Solución Gratita DIAN  
Nº: 800197268

MONEDA	L.
TASA DE CAMBIO	0

<b>Subtotal</b>	3430000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	3430000
I/A	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
<b>Total impuesto (=)</b>	0
<b>Total neto factura (=)</b>	3430000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 3430000</b>

**Valores Informativos**

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0
<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

**TASA DE CAMBIO**

<b>Subtotal</b>	
Descuento detalle	
Recargo detalle	
<b>Total Bruto Factura</b>	
I/A	
INC	
Bolsas	
Otros impuestos	
<b>Total impuesto (=)</b>	
<b>Total neto factura (=)</b>	3.430.000,00
Descuento Global (-)	
Recargo Global (+)	
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 3.430.000,00</b>

**Valores Informativos**

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0,00
<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18754081951675 Rango desde: 82 Rango hasta: 500 Vigencia: 2025-04-22

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA e ICBF
CC 1047450726		BENITEZ CARDOZA MARIA CLARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 23 No. 56 32	FL. CAPIMEN DE BOLIVAR-BOLIVAR	7651976	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor
Penión 2025-01	9480185879	1	1	2025/02/07	2025/01/10	0	57,044,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,088,000	\$0	\$0	\$1,088,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,088,000	\$0	\$0	\$1,088,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$156,000	\$0	\$0	\$156,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$156,000	\$0	\$0	\$156,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$800,000	\$0	\$0	\$800,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$800,000	\$0	\$0	\$800,000
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$2,044,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$2,044,000</b>

*[Handwritten Signature]*