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

Acta N° 05 Correspondiente al mes de JUNIO de 2026

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	25/08/2026
Contrato, Orden o convenio N°	040-ARC-DISAN-2026
Contratista	COMERCIAL SETEDEX SAS
Identificación (Cedula o NIT)	900.721.858-0
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE ASESORÍA CIENTÍFICA MEDICA POR MEDIO DE UNA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA REMOTA Y ASESORÍA EN LINEA
Valor Total del Contrato	$ 157.080.000,00 COP
Plazo de Ejecución	HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2026
Forma y Condiciones de Pago	MENSUAL
Número de la factura	FE 188
Valor de la Factura	$ 19.635.000.00 COP
Saldo del contrato	$ 58.905.000 ,00 COP % ejecutado 62.5 %
No CDP	6726 de fecha 2026-01-23
No RP	7026 de fecha 2026-01-30

CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO					
ITEM	**DESCRIPCION**	**CANTIDAD**	**MARCA**	**ORDEN PEDIDO N°**	**VALOR**
ESM					
Observaciones					

CARACTERISTICAS DE LA OBRA O SERVICIO RECIBIDO	
Descripción	Se recibe servicio de asesoria cientifica medica por medio de una herramienta tecnológica remota, que busca a través de la asesoría en línea identificar los riesgos operacionales, funcionales, normativos y financieros en las unidades de cuidado intensivo en la red interna y externa, hospitalización en el hospital militar central, capturando los riesgos, analizando los hallazgos y gestionando con acciones permanentes y cíclicas automatizadas.
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato No 040-ARC-DISAN-2026 manifiesta que el contratista COMERCIAL SETEDEX SAS, para el mes de JUNIO cumplió con

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

	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 **JUNIO 2026**

NOTA: Cada factura debe venir con el Formato de Orden de Pedido anexo debidamente diligenciado -Aplica para suministro u tracto sucesivo de bienes. Para contratos de servicios en las casillas de orden de pedido favor colocar N/A.

TN PEÑA NARVAEZ ODIN
SUPERVISOR 040-ARC-DISAN-2026
CC 1018448153

SETEDEX

SETEDEX S.A.S
NIT 900.721.858-0
CR 23 100 43 AP 311
Tel: (+57) 3175136977
Bogotá - Colombia
mgodoy@artea.com.co
www.setedex.com

Factura
No. FE 188

Señores	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR		
NIT	901.433.263-7	**Teléfono**	(000) 3278390
Dirección	CR 13 26 50 PISO 5	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	30/06/2026, 09:42
Expedición	30/06/2026, 09:43
Vencimiento	30/07/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Asesoría Médica-Científica	1.00	19,635,000.00

Total ítems: 1

Valor en Letras: Diecinueve millones seiscientos treinta y cinco mil pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-07-30 por $ 19,635,000.00

Total Bruto	16,500,000.00
IVA 19%	3,135,000.00
Total a Pagar	**19,635,000.00**

Observaciones: #$15-01-11-092;040-ARC-DISAN-2026;odin.pena@armada.mil.co#$

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764109331401 aprobado en 20260503 prefijo FE desde el número 185 al 500 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9,66
CUFE: 01044bde3568996l464e26dbfa5d0ef7d6be41d90ca1d83b01c39b8da97eadea51b63859eff75eaaf99bbddcfa34dad4

Fabricante Software y Proveedor tecnológico Siigo SAS - Nit 830.048.145-8 Nombre Software Siigo Nube. Firma electrónica ver en el XML

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 98384845		CORAL PABON MIGUEL HERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CONJUNTO CHUNGUA CASA 47	CAJICA-CUNDINAMARCA	8860491	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	402979897	9506465953	I	2026/05/13	2026/06/19	DAVIbank S.A.	37	$2,001,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,008,000	$27,000	$0	$1,035,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,008,000	$27,000	$0	$1,035,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$153,500	$4,200	$0	$157,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$153,500	$4,200	$0	$157,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$787,500	$21,100	$0	$808,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$787,500	$21,100	$0	$808,600
TOTAL				**1**	**$1,949,000**	**$52,300**	**$0**	**$2,001,300**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	88157493	RAFAEL RACHID LEAL ESPER	Carrera 57 # 119 A 60 AP911 PROVENZA	7474418	rafaelleal721@hotmail.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)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85078232	26/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$1.859.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	750.000	0		0		0	2	1.100	0	751.100	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	960.000	0	0	0	0	2	1.500	0	961.500	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	146.200				146.200	2	300	146.500			1.452	146.500	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	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IOE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	750.000	751.100
Pensión	1	960.000	961.500
Riesgos Laborales	1	146.200	146.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.856.200	1.859.100

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	88157498	RAFAEL RACHID LEAL ESPER		Carrera 57 # 119 A 60 AP 611 PROVENZA	7474418	rafaelleal721@hotmail.com	
FORMA PRESENTACION	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/ME S/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/ME S/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85078232	26/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$1 859 100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
Tipo y número de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Tipo Cotizante	Subtipo	Extranjero sin cédula	Colombiano en el exterior	Días	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
C 88157498	LEAL ESPER RAFAEL RACHID	30	0				30									25-14	6 000 000	30	960 000	0	0	0	0	EPS003	6 000 000	30	740 800	14-11	6 000 000	30	3	348 200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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