CODIGO 2BS-FR-0019	PROCEDIMIENTO. ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
FECHA 18-08-2015	INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	
VERSION. 4		

Bogotá D.C., 5 de agosto de 2018

No. **9** ENFER - HOCEN

Señor Capitan
FABIO ALEXANDER MUÑOZ PEDRAZA
Jefe Contratos Hospital Central
Ciudad -

Asunto: Informe de supervision contrato 96-7-20902-17 Mes Reportado: **JULIO**

1. PRÓRROGA No.			2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS
INICIO:		TERMINO:	FECHA:	FECHA:	FECHA:

5. OBJETO	6. CONTRATISTA	7. PLAZO DE EJECUCION	BIENES Y/O SERVICIOS CONTRATADOS			RECIBIDO			PENDIENTE POR RECEPCION		15. OBSERVACIONES
			8. DESCRIPCION	9. CANTIDAD	10. VALOR	11. CANTIDAD	12. VALOR	13. CANTIDAD	14. VALOR		
1.LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO ASISTENCIAL - AUXILIAR DE ENFERMERIA.	GRAJALES MONTOYA SHAROL STEFANI	Vigencia:	TECNICO (AUXILIAR DE ENFERMERIA)	8	$ 9.121.080,00	JUN 30	$ 1.140.135,00	DIAS	210	$ 7.980.945,00	EL CONTRATISTA REALIZO TODOS LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y EL SERVICIO RECIBE CON UN PORCENTAJE DE EJECUCION A LA FECHA DE:
						JUL 30	$ 1.140.135,00	DIAS	180	$ 6.840.810,00	
		Incio									
		27-nov-17		MESES							
		termino									
		26-jul-18				NOV 4	$ 152.018,00	DIAS	176	$ 6.688.792,00	
		Adición:				DIC 30	$ 1.140.135,00	DIAS	146	$ 5.548.657,00	101,67 %
				DIAS		ENE 30	$ 1.140.135,00	DIAS	116	$ 4.408.522,00	
		Inicio				FEB 30	$ 1.140.135,00	DIAS	86	$ 3.268.387,00	
						MAR 30	$ 1.140.135,00	DIAS	56	$ 2.128.252,00	
		termino	8 HORAS	0		ABRI 30	$ 1.140.135,00	DIAS	26	$ 988.117,00	0
						MAY 30	$ 1.140.135,00	DIAS	-4	-$ 152.018,00	
		VALOR TOTAL	$		9.121.080,00		$ 9.273.098,00				

16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales?		
	SI **X**	17. Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes, descritos en el numeral 23. del presente formato.
	NO	18. En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, diligenciar el numeral 19 del presente formato, para lo cual anexo comunicación oficial No_____ del _____, mediante la cual se informa al ordenador del gasto, el no cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato.

19. RELACIÓN DE OBLIGACIONES INCUMPLIDAS		
20. ÍTEM Y/O NUMERAL	21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	22. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCUMPLIMIENTO.

23. DOCUMENTOS TÈCNICOS OBLIGATORIOS ESTABLECIDOS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, INCLUYENDO LAS AMBIENTALES, DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Y OTROS.		
24. ÍTEM Y/O NUMERAL	25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	26. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO.

Para el caso de prestación de servicios personales o profesionales que afecten la conformidad del servicio: fecha en la cual le fue suministrada la inducción establecida _____ Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI **X** NO ___

Grado y Nombre del Supervisor Teniente JUDY CONSTANZA PALMA HERNANDEZ
Cargo. Jefe del Departamento de Enfermeria HOCEN
Teléfonos: 2202030

Firma _____

Anexos: Copia del Formato N° 6 Certificacion de Cumplimiento - Copia de la Cuenta de Cobro - Informe de los Procesos. Procedimientos. actividades y resultados del contratista - Copia de la planilla de pago de salud, Pension y ARL.

Página 1 de 2 Código: 2BS-FR-0045 Fecha: 22-05-2015 Versión: 2	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS CONSTANCIA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	POLICIA NACIONAL

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá, D.C. **01 AGOSTO DE 2018.**
CONTRATO N°:	96-7-20902-17
CONTRATISTA:	Shaon estefani Giraldo CC. 1073970611
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO ***TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA***
VALOR DEL CONTRATO: $	9'121.080.000
PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIO Y TERMINACION):	27 noviembre 2017 - 26 julio 2018
FECHA DE ENTREGA:	Periodo comprendido: 01 al 26 Julio 2018
DIAS DE ATRASO EN LA ENTREGA:	
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y CARGO QUE DESEMPEÑA:	**Teniente JUDY CONSTANZA PALMA HERNANDEZ** Jefe Departamento Enfermería HOCEN
VALOR CORRESPONDIENTE A ESTA ENTREGA	988.117
RECEPCION DE LOS BIENES:	Mediante acta de recepción de bienes #_____ de fecha _____, el almacenista efectuó la recepción y verificación de los mismos.

INFORMACION ADICIONAL PARA CONTRATOS DE OBRA, INTERVENTORIA O CONSULTORIA (Únicamente aplica para contratos de obra y/o interventoría)

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	
PORCENTAJE DE AVANCE PARA EL PRESENTE CORTE Y ACUMULADO TOTAL DE AVANCE:	
EN EL CORTE SE PRESENTARON MAYORES Y MENORES CANTIDADES DE OBRA:	NO___SI___(siendo aprobado el balance de mayores y menores por parte del ordenador del gasto de fecha:_____
EN EL PRESENTE CORTE SE PRESENTARON ITEMS NO PREVISTOS:	NO___ SI____(Autorizados mediante modificatorio y adicional N°.____ de fecha:_____

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Informe de Actividades Mensual los servicios se prestaron dentro del plazo de ejecucion, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, avala el pago de la cuenta de cobro N° 9 de fecha **01 AGOSTO DE 2018.**

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DENTRO DEL CARGO:

1. Realizo el recibo y entrega de turno para cumplir con las actividades pertinentes.
2. Ejecuto el plan de actividades de enfermería.
3. Realizo el correcto diligenciamiento de los registros clínicos.
4. Realizo la atención de ingresos, egresos y traslado de pacientes.

5. Realizo la atención a pacientes de alta, mediana y baja complejidad.
6. Realizo el cumplimiento a las medidas de bioseguridad y prevención de infecciones intra-hospitalarias de acuerdo a la normatividad vigente.
7. Realizo verificación diaria de los elementos de inventario del servicio.
8. Realizo el cumplimiento a la normatividad establecida en el Servicio de Enfermería encaminados al cumplimiento de las actividades contratadas.
9. Brinda colaboración y propende por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y los derechos de autor, para la debida ejecución de actividades convenidas y no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratos y devolverlos a la institución a la terminaron del presente contrato.
10. Cumplió con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los pacientes.
11. Ejercer su profesión con ética y moral.
12. Realizo los registros de atención diaria de procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizado los informes estadísticos definidos para la normatividad vigente, y todos aquellos registros necesarios para los procesos de costos y facturación.

No. Factura y/o Cta. Cobro	Fecha	Valor	Nota crédito o débito	Valor neto
9	**01 AGOSTO DE 2018.**	988.117		988.117
Valor total bienes y/o servicios recibidos				988.117

OBSERVACIONES:

INASISTAENCIAS	SI	NO	DIAS
		X	

Termina contrato 26 julio 2018.

FIRMA DEL SUPERVISOR
Teniente JUDY CONSTANZA PALMA HERNANDEZ
Jefe Departamento Enfermería HOCEN

CUENTA DE COBRO N° 9

Bogotá D.C, **01 AGOSTO DE 2018.**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

Shaon estefany Bayoles montoya identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1023920611 expedida en Bogota, la suma de $ 988.117 por concepto de las actividades desempeñadas entre el (01) al (26) Julio 2018 del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-20902-17 suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como tecnico auxiliar enfermeria

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 47340008227 76 del Banco Davivienda de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: ShaonBayoles

Nombres y apellidos Shaon estefany Bayoles

CC. 1023920611

Teléfono: 3164918365

Bogotá D.C, **01 AGOSTO DE 2018.**

Señores:

Hospital Central de la Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo, Shaan estefany Gaviles montoya identificada con cédula de ciudadanía a N° 1023920611 de Bogota, para los efectos previstos en la Ley 1607 de 2012 y el Decreto reglamentario 0099 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como; empleado, según el Artículo 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en el **Hospital Central de la Policía Nacional**, además mi condición es de NO **Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

Firma: Shaan Gaviles

Nombres y Apellidos: shaan estefany Gaviles

CC. 1023920611

Bogotá D.C, 01 AGOSTO DE 2018.

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Shaon estefany Gallales en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1023920611., para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1°del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos profesionales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12,5% salud, 16% pensión y riesgos profesionales para administrativos del 0,522% O SI ES ASISTENCIAL DEL 2,436%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato No. 96-7-20902-17 con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 83.283.225.00
HONORARIOS MENSUALES	1.140.135,00	1.140.135
BASE COTIZACION 40%	781.242,00	781.242.
APORTE SALUD 12,5%	97.655,25	98.200
APORTE PENSION 16%	124.998,72	125.600
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	19.031,06	19.200
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

Firma: Shaon Gallales

Nombres y Apellidos: Shaon estefany Gallales
Cedula: 1023920611
Telefono 3164198365

compensar miplanilla.com

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): SHARON ESTEFANI GRAJALES MONTOYA
No. Identificación: CC1023920611
Dirección: CRA 18 P BIS A # 66 D - 35 SUR
Telefono: 7662319
Correo: sharonmontoya.fg@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8328322500

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SHARON ESTEFANI GRAJALES MONTOYA
Tipo y número de identificación	CC1023920611
Número de planilla	8328322500
Fecha pago	2018-07-11
Número de autorización pago	1000000662
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2018
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	243000
Total Intereses de Mora	1200

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	19200	1
230301	Porvenir	125600	1
EPS008	Compensar EPS	98200	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023920611
APELLIDOS Y NOMBRES: SHARON ESTEFANI GRAJALES MONTOYA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC $ALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

Este documento fue generado como PREVIO por parte de Compensar Operador de Información