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., 1 ABRIL 2021

No. **2** ENFER - HOCEN

Señor Coronel
DOMINGO ALFREDO LOPEZ DALES
Director Hospital Central
Bogota

Asunto: Informe de supervision contrato 96-7-20151-21 Mes Reportado: **MARZO**

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.	**AUSAQUE PAEZ LINA FERNANDA**	Vigencia:	**TECNICO (AUXILIAR DE ENFERMERIA)**	7	$ 11.101.496,00	FEB 6	$ 317.185,60		DIAS 184	$ 10.784.310,40	**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:** **17,14 %**
						MAR 30	$ 1.585.928,00		DIAS 154	$ 9.198.382,20	
		incio									
		25-feb-21		MESES							
		termino									
		24-sep-21									
		Adición:		DIAS							
		Inicio									
		termino	8 HORAS	0							
		VALOR TOTAL	$		11.101.496,00		$ 1.903.113,60				

16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractua es?	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, descr tos 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 TÉCNICOS 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.**
OBLIGACONES DEL CONTRATISTA. Numeral 10°. Contarato N° 96-8-201369-18.	Es obligación del contratista cumplir con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral en los términos del artículo 50 de la LEY 789 de 2002 en concordancia con el decreto 1703 de 2002, decreto 510 de 2003. ley 797de 2003, ley 828 de 2003 y ley 1122 de 2007, la cual se constituirá en requisito previo para cada uno de los pagos pactados, siempre y cuando el plazo del contrato sea superior a tres meses. De acuerdo con el articulo 1° de la ley 828 de 2003. el incumplimiento de estas obligaciones será causal para la imposición de multas sucesivas hasta tanto se de el cumplimiento, previa verificación de la mora mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. Cuando durante la ejecución del control se observe la persistencia de este incumplimiento, por cuatro meses la entidad estatal dará aplicación a la cláusula exceocional de caducidad administrativa.	EL CONTRATISTA REALIZO TODOS LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y EL SERVICIO RECIBE A SATISFACCION.

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 induccion recibida, el contratista cumplio con el objeto contractual establecido

SI **X** NO ___

Grado y Nombre del Supervisor CT. LINA PAULA CAICEDO GONZALEZ

Cargo Jefe del Departamento de Enfermeria HOCEN

Teléfonos 2202030

Firma Lina paula caicedo G

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 1	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0021		
Fecha: 05-07-2016	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRAMITE DE CUENTAS	
Versión: 4		

TURNO No. (Consecutivo Anual)	FECHA DE PAGO: Diligenciado por Tesoreria Unidad

REG: /

No. SISCO: N/A

No CONTRATO: 96-7-20151-21

VALOR PAGO 1' 585. 928.

VALOR AMORTIZADO N/A

No. FACTURA 2.

RECIBIDA :

RADICADA SIIF:

NOMBRE DEL CONTRATISTA:. Lina Fernanda Ascaque

DOCUMENTOS PARA EL TRAMITE DE CUENTAS

1.REQUIERE ENDOSO SI [ ] NO [X]

ENDOSADA A:_____ Nº CUENTA BANCARIA: 24108 111516 1

TIPO DE CUENTA: AHORRO [X] CORRIENTE

2. REGISTRO PRESUPUESTAL CON SUS ADICIONES O NOVEDADES (ESCANEADO). OK

3. CONSTANCIA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) OK

4. FACTURA ORIGINAL QUE CUMPLA LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL ARTICULO 617 Y SIGUIENTES EN EL ESTATUTO TRIBUTARIO, Y/O CUENTA DE COBRO (ORIGINAL). OK

5. CERTIFICACION DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE. OK

6. NUMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: _____ N/A

7. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA (ESCANEADA). OK

8. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES (ESCANEADOS). OK

9. COPIA DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA (ORIGINAL). N/A

10. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS (ESCANEADO). N/A

11. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, QUE NO SUPERE TRES MESES (ESCANEADO). N/A

12. ACTO ADMINISTRATIVO ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO (COPIA). N/A

13. CUMPLIMIENTO PARÁGRAFO 1 ARTICULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL . OK

OBSERVACIONES : _____ OK CUENTA SIIF

ASIGNACIÓN TURNO: _____

N/A

FUNCIONARIO CONTRATOS UNIDAD

Nº IDENTIFICACION: 1033813226

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

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá, D.C. **1 ABRIL 2021**
CONTRATO N°:	96-1-2015 1-21
CONTRATISTA:	Lina Fernanda Ausaque. CC. 1033813776
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**
VALOR DEL CONTRATO: $	11'101.496.
PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIO Y TERMINACION):	25/02/2021 al 24/09/2021.
FECHA DE ENTREGA:	Periodo comprendido 01 al 30 Marzo
DIAS DE ATRASO EN LA ENTREGA:	
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y CARGO QUE DESEMPEÑA:	**CT. LINA PAULA CAICEDO GONZALEZ** Jefe Departamento Enfermería HOCEN
VALOR CORRESPONDIENTE A ESTA ENTREGA	1'585.928
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 interventoria)

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 **Nº** 2 de fecha **1 ABRIL 2021**

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 enfermeria.
3. Realizo el correcto diligenciamiento de los registros clinicos.
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
2.	**1 ABRIL 2021**	1'585.928		1'585.928
Valor total bienes y/o servicios recibidos				

OBSERVACIONES:

INASISTAENCIAS	SI	NO	DIAS

Lina Paula Caicedo G.

FIRMA DEL SUPERVISOR
CT. LINA PAULA CAICEDO GONZALEZ
Jefe Departamento Enfermería HOCEN

CUENTA DE COBRO N° 2.

Bogotá D.C, **1 ABRIL 2021**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

Lina Fernanda Ausaque Ariza identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1033813276 expedida en Bogota la suma de 1'585.978 por concepto de las actividades desempeñadas de (01) al (30) del mes Marzo del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-20151-21 suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como Auxiliar de Enfermeria

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 2408111s161 del Banco Caja social de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Ausaque Ariza

Nombres y apellidos: Lina Fernanda Ausaque

CC. 1033813276

Teléfono: 3224586030.

Bogotá D.C, **1 ABRIL 2021**

Señores:
Hospital Central de la Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Inca Fernanda Ausaque identificada con cédula de ciudadanía N° 1033813726 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: Ausaque Paulina

Nombres y apellidos: Inca Fernanda Ausaque

Cedula: 1033813726

BOGOTA, 1 ABRIL 2021

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Lina Fernanda Acsaque Paez en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1033813226, de Bogota 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. 96-7-20151-21 con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 10358183091
HONORARIOS MENSUALES	1.585.928,00	1.585.928,00
BASE COTIZACION 40%	908.526,00	908.526,00
APORTE SALUD 12,5%	113.565,75	113.600
APORTE PENSION 16%	145.364,16	145.400
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	22.131,69	22.700
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

Firma: AcsaquePaezLina

Nombres y Apellidos: Lina Fernanda Acsaque

Cedula: 1033813226

Telefono 321 458 6030

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-03-12, 09:40:27 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1035818309

Periodo Cotización: febrero de 2021 **Periodo Servicio:** febrero de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8816270550

PAGADO 12/03/2021

OS DEL APORTANTE

Social	LINA FERNANDA AUSAQUE PAEZ		
ıento	CC1033813226	**Dirección**	CLL 63 N 36 24
e Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3224586030
ersona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
l	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
ıentante Legal		**Identificación**	
ıfiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

ALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					To
ón	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	To
5	LINA FERNANDA AUSAQUE PAEZ	57	00																		0	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 908.526	$ 113.600	2.436	$ 908.526	$ 22.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$

OTALES

Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 145.400	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200	$ 0	$ 281.200

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Po de lo Si