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 MAYO 2021

No. **3** ENFER - HOCEN

Señor Coronel
DOMINGO ALFREDO LOPEZ DALES
Director Hospital Central
Bogota

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

1. PRÓRROGA No.			2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS
INCIO:		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:
						MAR 30	$ 1.585.928,00	DIAS	154	$ 9.198.382,20	
		Incio				ABRI 30	$ 1.585.928,00	DIAS	124	$ 7.612.454,20	31,43 %
		25-feb-21		MESES							
		termino									
		24-sep-21									
		Adición:		DIAS							
		Inicio									
		termino	8 HORAS	0							
		VALOR TOTAL	$		11.101.496,00		$ 3.489.041,60				

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 de presente formato, para lo cual anexo comunicación ofic al 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.**
OBLIGACIONES 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 artículo 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 inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido

SI **X** NO ___

Grado y Nombre del Supervisor CT. LINA PAULA CAICEDO GONZALEZ

Cargo Jefe del Departamento de Enfermería 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, Persion y ARL.

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

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

REG /

No. SISCO: N/A

No CONTRATO: 16-7-20151-21

VALOR PAGO: 1'585 928

VALOR AMORTIZADO: N/A

No. FACTURA: 3

RECIBIDA:

RADICADA SIIF:

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Lina Fernanda Asscique

DOCUMENTOS PARA EL TRAMITE DE CUENTAS

1. REQUIERE ENDOSO SI [ ] NO [X]

ENDOSADA A: _____ Nº CUENTA BANCARIA: 24105111516 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 PARAGRAFO 1 ARTICULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, PAGO APORTES SALUD Y PENSION, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL)	OK

OBSERVACIONES: _____ OK CUENTA SIIF

ASIGNACIÓN TURNO: _____

N/A

FUNCIONARIO CONTRATOS UNIDAD

Nº IDENTIFICACION: 1033813226

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. **1 MAYO 2021**
CONTRATO N°:	96-7-20151-21
CONTRATISTA:	Lina Fernanda Auscque Paez CC. 1033813226
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**
VALOR DEL CONTRATO: $	11' 101 496
PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIO Y TERMINACION):	25 de Febrero al 24 de Septiembre 2021
FECHA DE ENTREGA:	Periodo comprendido 01 al 30 abril
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 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°** 3 de fecha **1 MAYO 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 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
3	**1 MAYO 2021**	1'585 928		1'585 928
Valor total bienes y/o servicios recibidos				

OBSERVACIONES:

INASISTAENCIAS	SI	NO	DIAS
		X	

Lina paula caicedo G.

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

CUENTA DE COBRO N° 3

Bogotá D.C, **1 MAYO 2021**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

Lina Fernanda Ausaque Paez identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1033813226 expedida en Bogota la suma de 1'585 918 por concepto de las actividades desempeñadas del (01) al (30) del mes Abril 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° 24081115161 del Banco caja social de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Ausaque Paez Lina

Nombres y apellidos: Lina Fernanda Ausaque

CC. 1033 813 226

Teléfono: 322 458 6030

Bogotá D.C, **1 MAYO 2021**

Señores:
Hospital Central de la Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Lina Fernanda Ausaque Paez identificada con cédula de ciudadanía N° 1033813226 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 Paez Lina

Nombres y apellidos: Lina Fernanda Ausaque

Cedula: 1033813226

BOGOTA, 1 MAYO 2021

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Lina Fernanda Ausaque 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.** 10364953375
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	22.200
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

Firma: Ausaque Paez Lina

Nombres y Apellidos: : Lina Fernanda Ausaque

Cedula: 1033813226

Telefono: 3224586030

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-04-15, 02:53:50 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1036495375 **Referencia pago(PIN)** 8816270550

Periodo Cotización 202103 **Periodo Servicio** 202103

Cliente:

PAGADA 2021-04-14

TOS DEL APORTANTE

n Social	LINA FERNANDA AUSAQUE PAEZ				
mento	CC 1033813226	**Dirección**	CLL 63 N 36 24		
de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3224586030		
Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
d	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
esentante Legal		**Identificación**			

TOS DEL AFILIADO

umento	CC 1033813226		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Cotizante	57	00				AUSAQUE PAEZ LINA FERNANDA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

PORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades															Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
											0	30	30	30	0			$ 908.526	230301		16 %	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	14-23	3	2.436 %	$ 908.526	$ 22.200	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

TALES

l Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200

s 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 Poder de lo SIMPLE!