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

Bogota D.C., 1 JULIO 2021

No. **4** ENFER - HOCEN

Señor Coronel
DOMINGO ALFREDO LOPEZ DALES
Director Hospital Central
Bogota

Asunto: Informe de supervision contrato 96-7-20470-21 Mes Reportado: **JUNIO**

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.	GUACARI CASTRO LILIA YOJANA	Vigencia:	TECNICO (AUXILIAR DE ENFERMERIA)	6 MESES	$ 9.515.568,00	MAR	5	$ 264.321,33	DIAS	175	$ 9.251.246,67	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: 52,78 %
						ABRI	30	$ 1.585.928,00	DIAS	145	$ 7.665.318,67	
		Inicio				MAY	30	$ 1.585.928,00	DIAS	115	$ 6.079.390,67	
		26-mar-21				JUN	30	$ 1.585.928,00	DIAS	85	$ 4.493.462,67	
		termino										
		25-sep-21										
		Adicion:		DIAS								
		Inicio										
				0								
		termino	8 HORAS									
		VALOR TOTAL	$		9.515.568,00			$ 5.022.105,33				

*16. El contratista cumplio con lo establecido con las cláusulas contractuales?

SI X

NO

*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

*18. En caso de incumplimiento parcial o total del contrato diligenciar el numeral 19 del presente formato para lo cual anexo comunicación oficial No_____ de _____ 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° Contrato N° 96-8-201369-19	Es obligación del contratista cumplir con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral en los terminos del articulo 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 constituira 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 liquidacion efectuada por la entidad administradora. Cuando durante la ejecución del control se observe la persistencia de este incumplimiento, por cuatro meses la entidad estatal dara aplicacion a la clausula 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 Enfermeria HCCEN

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 Tesorería Unidad)
REG:	/

No. SISCO: N/A

No CONTRATO: 96-7-20470-21

VALOR PAGO 1.585.928

VALOR AMORTIZADO N/A

No. FACTURA 04

RECIBIDA :

RADICADA SIF:

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Lilia Yojana Guacan C.

DOCUMENTOS PARA EL TRAMITE DE CUENTAS

1.REQUIERE ENDOSO SI [ ] NO [X]

ENDOSADA A:_____ Nº CUENTA BANCARIA: 500801416727

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 SIF

ASIGNACIÓN TURNO: _____

N/A

FUNCIONARIO CONTRATOS UNIDAD

Nº IDENTIFICACION: 52731916

Página 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 JULIO 2021**
CONTRATO N°:	96-7-20470-21
CONTRATISTA:	Lilia Yojana Guaqui Castro CC. 52731916
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**
VALOR DEL CONTRATO: $	9.515.568
PLAZO DE EJECUCIÒN (INICIO Y TERMINACION):	26 marzo 2021 al 25 septiembre 2021
FECHA DE ENTREGA:	Periodo comprendido 1 al 30 Junio 2021
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 piazo 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** 04 de fecha **1 JULIO 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
04	**1 JULIO 2021**	1585.928		1585.928
Valor total bienes y/o servicios recibidos		1.585.928		1.585.928

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° 04

Bogotá D.C, **1 JULIO 2021**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

Lilia Yojana Guacaví castro identificado con Cédula de Ciudadanía No. 52731916 expedida en Bogotá D.C la suma de 1.585.928 por concepto de las actividades desempeñadas del (1) al (30) del mes Junio 2021 del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-20410-21 suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como Auxiliar de Enfermería.

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 500801416727 del Banco Banco Popular de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Lilia Guacaví

Nombres y apellidos: Lilia Yojana Guacaví Castro

CC. 52731916

Teléfono: 3142858863

Bogotá D.C1 **JULIO 2021**

Señores:
Hospital Central de la Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Lilia Yojana Gaucan Castro identificada con cédula de ciudadanía N° 52731916 de Bogota D.C. 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 profesion es liberales desarrollada en el **Hospital Central de la Policía Nacional**, además mi condición es de NO **Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

Firma: Lilia Gaucan

Nombres y apellidos: Lilia Yojana Gaucan Castro

Cedula: 52731916

BOGOTA, 1 JULIO 2021

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Lilia Yojana Guacari Castro en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 52731916, 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. 96-7-20470-21 con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 94200306 79
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: Lilia Guacari

Nombres y Apellidos: : Lilia Yojana Guacari Castro
Cedula: 52731916
Telefono: 3142858863

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52731916		GUACARI CASTRO LILIA YOJANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALT36CSURR342CAE30	BOGOTA-BOGOTA D.E	5555555	Nr

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	391132[illegible]	9420030679	I	2021/06/04	2021/06/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$286,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					FENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$5,500			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$5,500			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$5,500			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC 52731916	GUACARI LILIA	25-14	30	$908,526	$145,400	EPSD17	30	$908,526	$113,600	CCF32	30	$908,526	$5,500	14-11	30	$908,526	$22,200	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$5,500			$908,526	$22,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52731916		GUACARI CASTRO LILIA YOJANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE6ESURE342CAE3D	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	301132651	9426030679	I	2021/06/04	2021/06/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$286.700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$22,200	$0	$0	$22,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,500	$0	$0	$5,500
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$5,500	$0	$0	$5,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$286,700	$0	$0	$286,700