Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 01 Octubre 2021
Unidad:	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	97-7-20100-21
Constancia de recibido No.	04
Contratista:	JENNIFER DAYANNA CAMPOS HERNANDEZ
NIT del contratista:	1.233.492.471
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO: ENFERMERA JEFE
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	N/A
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	VALOR $ **27.582.632,00**
Plazo de ejecución:	08/06/2021 al 16/04/2022
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	N/A
Lugar de ejecución y/o entrega	CRA. 68 B BIS N° 44-58 EDIFICIO BG EDGAR YESID DUARTE VALERO TORRE A, UBICADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que	SM-06 NATALIA ANDREA PAEZ MENDIETA RESPONSABLE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD UPRES BOGOTA

desempeña:	
Fecha de entrega certificada:	Del 01/09/2021 Al 30/09/2021
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
UPRES BOGOTA	16	ENF JEFE	$2.686 620.00	$2.686 .620.0 0	0	$2 68 6 620 00

Acta de recepción de bienes	N/A

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
04	01/10/2021	$2.686.620		$2.686.620
Valor total bienes y/o servicios recibidos				$2.686.620

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Informe de actividades mensual las actividades se prestaron dentro del plazo de ejecución, 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° 04 de fecha 01/10/2021

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	Prestar sus servicios profesionales como ENFERMERO(A) PROFESIONAL con conocimientos, para el desarrollo de actividades requerida por los servicios.	Si_X_ No___	Actas de comité, asistencias técnicas UPRES BOGOTA
2	Realizar actividades e intervenciones y procedimientos establecidos dentro del plan integral del subsistema de salud de fuerzas militares y Policía Nacional.	Si_X_ No___	Cronograma de intervenciones en Salud Extramurales, Unidades de Policia Nacional, Ambientes Escolares Saludables.

3	Contribuir con el desarrollo del establecimiento de sanidad policial donde preste sus servicios, revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente y de calidad a los usuarios.	Si_X_ No___	Monitoreo de los indicadores de gestión de la calidad, informes resultados en la gestión del riesgo en salud RIAS PMS.
4	Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos)	Si_X_ No___	Ciudado y orden con las instalaciones y equipos tecnológicos, ahorro de energia.
5	Los bienes para el desarrollo de las actividades, se entregaran por medio de inventarios que deben revisar y conservar.	Si_X_ No___	Actas de inventario.
6	Mantener buenas relaciones interpersonales con el grupo de profesionales, con sus compañeros y sus usuarios.	Si_X_ No___	Fomento clima laboral.
7	Verificar el cumplimiento en el área de trabajo y demás dependencias del servicio.	Si_X_ No___	Monitoreo de los indicadores e informes de gestión.
8	Velar por el uso racional de los insumos, e informar a la coordinación su consumo, para realizar el pedido correspondiente.	Si_X_ No___	Oficio de distribución de los insumos a las UPRES BOGOTA ante el almacen.
9	Solicitar con la debida anticipación los elementos necesarios para el cumplimiento de sus actividades	Si_X_ No___	Oficio distribucion de los insumos para la realizacion de las diferentes actividades.
10	Informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad en el desarrollo de sus actividades.	Si_X_ No___	Se informa oportunamente cada novedad al supervisor.
11	Llevar los registros de atención diaria de los procedimientos, actividades e intervenciones así como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de proceso de costos.	Si_X_ No___	Informes trimestrales, infomes ejecutivos RIAS PMS, informes jornadas extramurales, pulsos y conmemoraciones.
12	Brindar una adecuada información acerca de los horarios y requisitos necesarios para el acceso a los servicios que presta la unidad.	Si_X_ No___	Realización de solicitud a comunicaciones estrategicas COEST.
13	Colaborar con los entes de control de la entidad o del estado cuando asi se requiere	Si_X_ No___	Actas de visita de asistencias técnicas por parte de los entes internos (DISAN) entes externos (SECRETARIA DE SALUD).

14	Cumplir con las exigencias legales y éticas para adecuado manejo de las historias clinicas de los pacientes.	Si_X_ No___	Firma documento de confidencialidad para el manejo de historia clinica.
15	Rendir los informes que dirección de sanidad requiera dentro de los plazos correspondientes.	Si_X_ No___	Envio de cumplimientos mensuales actas,informes,oficios, bases de datos, seguimientos cohortes.
16	Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia.	Si_X_ No___	Firma de documentos de confidencialidad.
17	Cumplir con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral en términos del artículo 50 de la ley 789 del 2002.	Si_X_ No___	Realizar pago seguridad social por medio de mi planilla.
18	Desarrollar la consulta de programas de promoción y prevención de las ESP Nivel II.	Si_X_ No___	Asistencia tecnica y auditoria de las RIAS PMS.
19	Lideres de programa de detección CA cáncer cuello uterino, CA de mama y realización de tamizaje a todo paciente que lo solicita, previa certificación.	Si_X_ No___	Verificar que el talent humano encargado de la tamización cervicouterin, cuente con la certiifcación y entrenamiento.
20	Realizar seguimientos al resultado de citologia con alguna anormalidad en el reporte del examen.	Si_X_ No___	Verificación, seguimiento realizado por medio de las bases de datos de RIAS PMS y grupos de riesgo.
21	Realizar la toma de citologías, el reporte diario y mensual de las muestras tomadas, Radicar las citologías en el sistema y formato GRIEG , además responsabilizarse de la entrega y recogida de los resultados de las citologías en el servicio de patología del HOCEN, máximo cada 8 días.	Si_X_ No___	Verificación, seguimiento realizado por medio de las bases de datos de RIAS PMS y grupos de riesgo.
22	Gestionar la consecución de citas de colposcopias a las CCV alteradas y realizar los seguimientos de las CCV alteradas, diligenciando el formato establecido en formato GRIEG.	Si_X_ No___	Verificación , seguimiento realizado por medio de las bases de datos de RIAS PMS y grupos de riesgo.
23	Desarrollar el programa de detección de CA de seno, realizando a la educación en autoexamen, acompañamiento y seguimiento de las usuarias que participen en el programa. Ingresando al sistema la actividad realizada.	Si_X_ No___	Verificación , seguimiento realizado por medio de las bases de datos de RIAS PMS y grupos de riesgo.
24	Realizar las consultas de los Programas de Promoción y Prevención (planificación familiar, Control prenatal y crecimiento y desarrollo).	Si_X_ No___	Verificación , seguimiento realizado por medio de las bases de datos de RIAS PMS y grupos de riesgo.

25	Ingresar a SISAP, los registros de los usuarios atendidos en los programas de Promoción y Prevención.	Si_X_ No___	Se realiza el cargue en la HC, el mismo dia de la atención brindada al usuario.
26	Realizar la estadística de los programas para entregar a la enfermera coordinadora de consulta externa los dos primeros dias de cada mes, con el fin de que ella envié el reporte la Unidad Prestadora de Salud Bogotá. En los 3 primeros dias del mes.	Si_X_ No___	Se realiza la estadistica, atravez del Sistema de Información FTP y bases de datos.
27	Realizar actividades educativas con nuestros usuarios y fomentar estrategias de Promoción y Prevención.	Si_X_ No___	Se realiza mendiante las jornadas Extramurales a las Unidades de Policia Nacional y dependencias.
28	Entregar agendas y macro agendas en los tiempos establecidos por esta jefatura y Unidad Prestadora de Salud Bogotá.	Si_X_ No___	Se realiza mendiante cronogramas y agendamiento previo por el Contac Center.
29	Hacer divulgación y captación de los usuarios a los programas de Promoción y Prevención.	Si_X_ No___	Realización de solicitud a comunicaciones estrategicas COEST
30	Participar en las brigadas de salud programadas por la dirección de sanidad y la Unidad Prestadora de Salud Bogotá en los sitios donde se requiera.	Si_X_ No___	Se realiza mendiante las jornadas Extramurales a las Unidades de Policia Nacional y dependencias

SM-06 NATALIA ANDREA RAEZ MENDIETA
RESPONSABLE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD UPRES BOGOTÁ

BOGOTA DC. 01 OCTUBRE 2021

Señores:
Unidad Prestadora de Salud Bogota
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

YO,JENNIFER DAYANNA CAMPOS HERNANDEZ en calidad de contratista suscrito a la Unidad Prestadora de Salud Bogota identificado con cedula de ciudadanía 1.233.492.471 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. 97-7-20100-21 suscrito con la Unidad Prestadora de Salud Bogota Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 52894393
HONORARIOS MENSUALES	2.686.620,00	2.686.620,00
BASE COTIZACION 40%	1.074.648,00	1.074.648,00
APORTE SALUD 12,5%	134.400,00	134.400,00
APORTE PENSION 16%	172.000,00	172.000,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 0,522%	5.700,00	5.700,00
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Dayanna Campos H.

JENNIFER DAYANNA CAMPOS HERNANDEZ
CEDULA 1.233.492.471 DE BOGOTA
TELEFONO: 3007763743

CUENTA DE COBRO N° 04

Bogotá D.C., 01 OCTUBRE 2021.

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA

NIT. 901361596-4

DEBE A:

JENNIFER DAYANNA CAMPOS HERNANDEZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.233.492.471 expedida en Bogotá suscrito a la Unidad Prestadora de Salud Bogotá, la suma de $ 2.686.620,00 pesos por concepto de las actividades desempeñadas del 01 al 30 de Septiembre 2021, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **97-7-20100-21** suscrito con la Unidad Prestadora de Salud Bogotá para prestar mis servicios como enfermera jefe.

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 455000129870 del Banco DAVIVIENDA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Dayanna Campos H.

JENNIFER DAYANNA CAMPOS HERNANDEZ

C.C 1.233.492.471 de BOGOTA

TELEFONO 3007763743

Bogotá D.C., 01 OCTUBRE 2021

Señores:

Unidad Prestadora de Salud Bogotá
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, JENNIFER DAYANNA CAMPOS HERNANDEZ identificado con cédula de ciudadanía a N° 1.233.492.471 de Bogotá suscrito a la Unidad Prestadora de Salud Bogotá, 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 la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA, además mi condición es de NO Declarante del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

Dayanna Campos

JENNIFER DAYANNA CAMPOS HERNANDEZ

CÉDULA: 1.233.492.471 de Bogotá

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1233492471	JENNIFER DAYANNA CAMPOS HERNANDEZ		carrera 93 N 40 - 17	3007763743	dayana.3118.dc@gmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-08	2021-08	I	10/09/2021	52894393	$333.600	

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	134.400	0		0		0	0	0	0	134.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	172.000	0	0	0	0	0	0		172.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	5.700				5.700	0	0	5.700			57	5.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	21.500	0	0	21.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	134.400	134.400
Pensión	1	172.000	172.000
Riesgos Laborales	1	5.700	5.700
CCF	1	21.500	21.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	333.600	333.600

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	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1233492471	JENNIFER DAYANNA CAMPOS HERNANDEZ	carrera 93 N 40 - 17	3007763743	dayana.3118.dc@gmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-08	2021-08	I	10/09/2021	52894393	$333.600

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1233492471	CAMPOS HERNANDEZ JENNIFER DAYANNA	57	0			N																	230301	1.074.648	172.000	0	0	0	0	EPS005	1.074.648	134.400	14-23	1.074.648	1	5.700	CCF24	1.074.648	21.500	0	0	0	0	0

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

No. 5 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ

GS – 2021 - 403399

Bogotá 01 de Octubre de 2021

Mayor Hellen Johana Jiménez Orejuela
Jefe Unidad Prestadora de Salud Bogotá
Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No 97-7-20100-21

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X__ O FINAL ____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01-09-2021**	**Hasta**	**30-09-2021**

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la "*Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

- Mediante acto administrativo orden interna No.009 Del 17/01/2020 o, el señor (a) Mayor Hellen Johana Jiménez Orejuela, obrando en calidad de Jefe Unidad Prestadora de Salud Bogotá, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto al señor (a) SM06 Natalia Andrea Páez Mendieta Enfermera Jefe Grupo Prestador de Atención en Salud.

- Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: mensual

- No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 5

1. Informe de supervisión del mes diciembre 2020 o del periodo comprendido entre el 28/12/2020 y el 30/12/2020.
2. Informe de supervisión del mes enero 2021 o del periodo comprendido entre el 01/01/2021 y el 30/01/2021
3. Informe de supervisión del mes febrero 2021 o del periodo comprendido entre el 01/02/2021 y el 28/02/2021
4. Informe de supervisión del mes de marzo 2021 o del periodo comprendido entre el 01/03/2021 y el 30/03/2021
5. Informe de supervisión del mes de abril 2021 o del periodo comprendido entre el 01/04/2021 y el 30/04/2021 presentado mediante comunicación oficial No._____ del_____

Información del contrato

Contrato No.	**97-7-20100-21**
Objeto del Contrato	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO: ENFERMERA JEFE
Contratista	JENNIFER DAYANNA CAMPOS HERNANDEZ
Representante legal	N/A
Valor inicial del contrato	Veintisiete Millones Quinientos Ochenta y Dos mil Seiscientos Treinta y Dos Pesos. ($27.582.632,00) moneda legal colombiana.
Valor adiciones del contrato	N/A
Valor total del contrato	Veintisiete Millones Quinientos Ochenta y Dos mil Seiscientos Treinta y Dos Pesos. ($27.582.632,00) moneda legal colombiana.
Plazo de ejecución inicial	10 meses y 8 dias
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	01 de Julio de 2021
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	16 de Abril de 2022
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Adiciones	N/A
Modificatorios	N/A
Prorrogas	N/A
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:
No se han adelantado acciones al respecto.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

NO.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	CUMPLIO	OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS
1	Prestar sus servicios profesionales como ENFERMERO(A) PROFESIONAL con conocimientos, para el desarrollo de actividades requerida por los servicios.	Si_X_ No___	Actas de comité, asistencias técnicas UPRES BOGOTA
2	Realizar actividades e intervenciones y procedimientos establecidos dentro del plan integral del subsistema de salud de fuerzas militares y Policia Nacional.	Si_X_ No___	Cronograma de intervenciones en Salud Extramurales, Unidades de Policia Nacional, Ambientes Escolares Saludables.
3	Contribuir con el desarrollo del establecimiento de sanidad policial donde preste sus servicios, revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente y de calidad a los usuarios.	Si_X_ No___	Monitoreo de los indicadores de gestión de la calidad, informes resultados en la gestión del riesgo en salud RIAS PMS.
4	Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos)	Si_X_ No___	Ciudado y orden con las instalaciones y equipos tecnológicos, ahorro de energia.
5	Los bienes para el desarrollo de las actividades, se entregaran por medio de inventarios que deben revisar y conservar.	Si_X_ No___	Actas de inventario.
6	Mantener buenas relaciones interpersonales con el grupo de profesionales, con sus compañeros y sus usuarios.	Si_X_ No___	Fomento clima laboral.
7	Verificar el cumplimiento en el área de trabajo y demás dependencias del servicio.	Si_X_ No___	Monitoreo de los indicadores e informes de gestión.
8	Velar por el uso racional de los insumos, e informar a la coordinación su consumo, para realizar el pedido correspondiente.	Si_X_ No___	Oficio de distribución de los insumos a las UPRES BOGOTA ante el almacen.
9	Solicitar con la debida anticipación los elementos necesarios para el cumplimiento de sus actividades	Si_X_ No___	Oficio distribucion de los insumos para la realizacion de las diferentes actividades.
10	Informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad en el desarrollo de sus actividades.	Si_X_ No___	Se informa oportunamente cada novedad al supervisor.
11	Llevar los registros de atención diaria de los procedimientos, actividades e intervenciones asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de proceso de costos.	Si_X_ No___	Informes trimestrales, infomes ejecutivos RIAS PMS, informes jornadas extramurales, pulsos y conmemoraciones.
12	Brindar una adecuada información acerca de los horarios y requisitos necesarios para el acceso a los servicios que presta la unidad.	Si_X_ No___	Realización de solicitud a comunicaciones estrategicas COEST.
13	Colaborar con los entes de control de la entidad o del estado cuando asi se requiere	Si_X_ No___	Actas de visita de asistencias técnicas por parte de los entes internos (DISAN) entes externos (SECRETARIA DE SALUD).
14	Cumplir con las exigencias legales y éticas para adecuado manejo de las historias clínicas de los pacientes.	Si_X_ No___	Firma documento de confidencialidad para el manejo de historia clinica.
15	Rendir los informes que dirección de sanidad requiera dentro de los plazos correspondientes.	Si_X_ No___	Envio de cumplimientos mensuales actas,informes,oficios, bases de datos, seguimientos cohortes.
16	Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia.	Si_X_ No___	Firma de documentos de confidencialidad.
17	Cumplir con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral en términos del articulo 50 de la ley 789 del 2002.	Si_X_ No___	Realizar pago seguridad social por medio de mi planilla.

18	Desarrollar la consulta de programas de promoción y prevención de las ESP Nivel II.	Si_X_ No___	Asistencia tecnica y auditoria de las RIAS PMS.
19	Lideres de programa de detección CA cáncer cuello uterino, CA de mama y realización de tamizaje a todo paciente que lo solicita, previa certificación.	Si_X_ No___	Verificar que el talent humano encargado de la tamización cervicouterin, cuente con la certiifcación y entrenamiento.
20	Realizar seguimientos al resultado de citología con alguna anormalidad en el reporte del examen.	Si_X_ No___	Verificación , seguimiento realizado por medio de las bases de datos de RIAS PMS y grupos de riesgo.
21	Realizar la toma de citologias, el reporte diario y mensual de las muestras tomadas, Radicar las citologias en el sistema y formato GRIEG , además responsabilizarse de la entrega y recogida de los resultados de las citologias en el servicio de patología del HOCEN, máximo cada 8 dias.	Si_X_ No___	Verificación , seguimiento realizado por medio de las bases de datos de RIAS PMS y grupos de riesgo.
22	Gestionar la consecución de citas de colposcopias a las CCV alteradas y realizar los seguimientos de las CCV alteradas, diligenciando el formato establecido en formato GRIEG.	Si_X_ No___	Verificación , seguimiento realizado por medio de las bases de datos de RIAS PMS y grupos de riesgo.
23	Desarrollar el programa de detección de CA de seno, realizando a la educación en autoexamen, acompañamiento y seguimiento de las usuarias que participen en el programa. Ingresando al sistema la actividad realizada.	Si_X_ No___	Verificación , seguimiento realizado por medio de las bases de datos de RIAS PMS y grupos de riesgo.
24	Realizar las consultas de los Programas de Promoción y Prevención (planificación familiar, Control prenatal y crecimiento y desarrollo).	Si_X_ No___	Verificación , seguimiento realizado por medio de las bases de datos de RIAS PMS y grupos de riesgo.
25	Ingresar a SISAP, los registros de los usuarios atendidos en los programas de Promoción y Prevención.	Si_X_ No___	Se realiza el cargue en la HC, el mismo dia de la atención brindada al usuario.
26	Realizar la estadistica de los programas para entregar a la enfermera coordinadora de consulta externa los dos primeros dias de cada mes, con el fin de que ella envié el reporte la Unidad Prestadora de Salud Bogotá. En los 3 primeros dias del mes.	Si_X_ No___	Se realiza la estadistica, atravez del Sistema de Información FTP y bases de datos.
27	Realizar actividades educativas con nuestros usuarios y fomentar estrategias de Promoción y Prevención.	Si_X_ No___	Se realiza mendiante las jornadas Extramurales a las Unidades de Policia Nacional y dependencias.
28	Entregar agendas y macro agendas en los tiempos establecidos por esta jefatura y Unidad Prestadora de Salud Bogotá.	Si_X_ No___	Se realiza mendiante cronogramas y agendamiento previo por el Contac Center.
29	Hacer divulgación y captación de los usuarios a los programas de Promoción y Prevención.	Si_X_ No___	Realización de solicitud a comunicaciones estrategicas COEST
30	Participar en las brigadas de salud programadas por la dirección de sanidad y la Unidad Prestadora de Salud Bogotá en los sitios donde se requiera.	Si_X_ No___	Se realiza mendiante las jornadas Extramurales a las Unidades de Policia Nacional y dependencias

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: N/A

a. NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Ninguna novedad.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (150) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (30) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

Forma de pago: el pago del presente contrato se realizara dentro de los primeros 15 días de cada mes, una vez presentado el recibo de pago y la planilla de pago de aportes de salud, pensión y ARL, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, informe de actividades junto con los documentos requeridos, de acuerdo al derecho a turno y la programación del plan Anual de caja (PAC), Se efectuara en MENSUALIDADES por un valor de DOS MILLONES SIECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEICIENTOS VEINTE PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA ($ 2.686.620,00), de acuerdo a la resolución No 125 del 08/04/2020 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:
NOMBRE BENEFICIARIO: JENNIFER DAYANNA CAMPOS HERNANDEZ
BANCO: DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA: AHORRO
NUMERO DE CUENTA: 455000129870

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	% del valor del contrato u orden de compra
Valor total del contrato u orden de compra	$ 17.463.030,00	100%
Valor total de las entregas	$ 2.686.620,00	26.9%
Valor total facturado	$ 17.463.030,00	0%
Valor facturado pendiente de pago	$2.686.620,00	0%
Valor pagado	$2.686.620,00	0%
Valor pendiente de entrega	$ 17.463.030,00	0%

a. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**)

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
No 01 del 01/09/2021	$2.686.620,00	del 01/08/2021 al 30/08/2021	$2.686.620,00	4	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE

4.2 Entrada de Bienes: N/A

5. RECOMENDACIONES

No hay recomendaciones por parte del supervisor a lo administrado.

6. CONCLUSIONES

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	**SI X**	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO___	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ Del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Natalia Páez M

SM 06 **NATALIA ANDREA PÁEZ MENDIETA**
RESPONSABLE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD UPRES BOGOTÁ
natalia.paez@correo.policia.gov.co
3017207342