PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1123404190
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CARMEN VICTORIA PAZ PERALTA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CL 5 # 3 33	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4229277834**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES.	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2018	SALUD.	AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2018/08/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990551743

LIQUIDACIÓN GENERAL

Planilla Paz

NIT	CÓDIGO	NOMBRE	TOTALES COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 159.200
SUBTOTAL:			1	$ 159.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 124.300
SUBTOTAL:			1	$ 124.300
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 24.300
SUBTOTAL:			1	$ 24.300

TOTAL PAGADO: $ 307.800

Bogotá D.C, 01 NOVIEMBRE DE 2018.

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Omar Paz Peralta. en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1123404190 de Ibagué., 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. 96-7-2070-18. con el Hospital Central de la Policía Nacional

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 422977834
HONORARIOS MENSUALES	2.486.000,00	2.486.000
BASE COTIZACION 40%	994.400,00	994.400.
APORTE SALUD 12,5%	124.300,00	124.300
APORTE PENSION 16%	159.100,00	159.200
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	24.223,58	24.300
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

Firma: Omar Paz Peralta

Nombres y Apellidos: Omar Paz Peralta.

Cedula: 1123404190

Telefono 3022004548.

Bogotá D.C, **01 NOVIEMBRE DE 2018.**

Señores:

Hospital Central de la Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo, Carmen Paz Peralta identificada con cédula de ciudadanía a N° 1123404190 de Ibagué, 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: Carmen Paz Peralta.

Nombres y Apellidos: Carmen Paz Peralta

CC. 1123404190.

CUENTA DE COBRO N° 6

Bogotá D.C, **01 NOVIEMBRE DE 2018.**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

Carmen Paz Peralta. identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1123404190 expedida en Duitama, la suma de $ 2.486.000. por concepto de las actividades desempeñadas entre el (01) al (30) Septiembre del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-20070-18. suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como Enfermera Profesional.

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 236800035313. del Banco Davivienda de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Carmen Paz Peralta

Nombres y apellidos Carmen Paz Peralta.

CC. 1123404190.

Teléfono: 3022004548

6. Solicito los elementos de uso común hospitalario para la atención de cada paciente en cada turno.
7. Solicito los insumos de la central de esterilización para el turno.
8. Conoce y aplica las guías de manejo de enfermería en la atención a nuestro usuario.
9. Administro mezclas y hemocomponentes.
10. Administro los medicamentos prescritos.
11. Asigno actividades del servicio al personal de auxiliares camilleros.
12. Superviso y reviso periódicamente el diligenciamiento de los registros clínicos realizados por el *personal de auxiliares de enfermería asignados.*
13. Superviso y reviso el diligenciamiento del libro de camillero asignado a su servicio.
14. Colaboro y propendió 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.
15. Cumplió con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los pacientes.
16. Ejercer su profesión con moral y ética.
17. Realizo los registros de atención diaria de procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualizado los informes estadísticos definidos para la normatividad vigente, y todos aquellos registros necesarios para los procesos de costos y facturación.
18. Participo en las brigadas de salud programadas de la Dirección de Sanidad en aquellos sitios donde la entidad lo requiera.

No. Factura y/o Cta. Cobro	Fecha	Valor	Nota crédito o débito	Valor neto
6	**01 NOVIEMBRE DE 2018.**	2.486.000		2.486.000
Valor total bienes y/o servicios recibidos				

OBSERVACIONES:

INASISTAENCIAS	SI	NO	DIAS
		X	

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

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

1CIUDAD Y FECHA:	Bogotá, D.C. **01 NOVIEMBRE DE 2018.**
CONTRATO N°:	96 - 7 - 20070 - 18.
CONTRATISTA:	Carmen Paz Peralta. C.C 1123404190.
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN SERVICIOS PROFESIONALES COMO **ENFERMERO PROFESIONAL**
VALOR DEL CONTRATO: $	14.916.000.
PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIO Y TERMINACION):	02/09/18 al 01/10/18
FECHA DE ENTREGA:	Periodo comprendido: 01 d Sep al 30 Sep
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	2.486.000.
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 **N°** 10 de fecha **01 NOVIEMBRE DE 2018.**

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DENTRO DEL CARGO:

1. Asistió y participar diariamente en el recibo y entrega de turno para cumplir con las actividades pertinentes.
2. Superviso y asigno las actividades del personal de auxiliares de enfermería a su cargo.
3. Superviso, administro y evaluó el cuidado del paciente.
4. Aplico los procesos de ingreso y egreso hospitalarios.
5. Atendió a los pacientes de alta, mediana y baja complejidad.

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.

Para el caso de prestación de servicios personales o profesionales que ofertan 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 Enfermería HOCEN

Teléfonos. 2202030

Firma _____

Anexos: Copia del Formato N° 6 Certificación 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, Pensión y ARL

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 noviembre de 2018

No. **6** ENFER - HOCEN

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

Asunto: Informe de supervision contrato 96-7-20070-18 Mes Reportado **SEPTIEMBRE**

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 PROFESIONAL UNIVERSITARIO ASISTENCIAL - ENFERMERO PROFESIONAL.	PAZ PERALTACAR MEN VICTORIA	Vigencia:	ENFERMERIA PROFESIONAL	6	$ 6,840,810.00	JUN 30	$ 2,486,000.00	DIAS 150	$ 4,364,810.00		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	$ 2,486,000.00	DIAS 120	$ 1,865,810.00		
		inicio				AGO 30	$ 2,486,000.00	DIAS 90	-$ 617,190.00		
		02-abr-18		MESES		SEP 30	$ 2,486,000.00	DIAS 60	-$ 3,139,190.00		216.83 %
		termino									
		01-oct-18									
		Adición:		DIAS							
		Inicio									
		termino	8 HORAS	0		ABR 29	$ 2,403,133.33	DIAS 31	-$ 5,506,323.33		
						MAY 30	$ 2,486,000.00	DIAS 1	$ 2,486,000.00		
		VALOR TOTAL	$		6,840,810.00		$ 14,833,133.33				

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