Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): SHARON ESTEFANI GRAJALES MONTOYA
No. Identificación: CC1023920611
Dirección: CRA 18 P BIS A # 66 D - 35 SUR
Telefono: 7662319
Correo: sharonmontoya.fg@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: B329640286

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SHARON ESTEFANI GRAJALES MONTOYA
Tipo y número de identificación	CC1023920611
Número de planilla	B329640286
Fecha pago	2018-10-11
Número de autorización pago	1000000404
Banco	1007

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	243400
Total Intereses de Mora	1600

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	19300	1
230301	Porvenir	125800	1
EPS008	Compensar EPS	98300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023920611
APELLIDOS Y NOMBRES: SHARON ESTEFANI GRAJALES MONTOYA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

Bogotá D.C, 01 NOVIEMBRE DE 2018.

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Shayan estefany Galdes en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1023920611, 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. 06-7-20052-17. con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 83296410286
HONORARIOS MENSUALES	1.140.135,00	1.140.135.00
BASE COTIZACION 40%	781.242,00	781.242.00
APORTE SALUD 12,5%	97.655,25	98.300
APORTE PENSION 16%	124.998,72	125.800
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	19.031,06	19.300
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

Firma: Shayan Galdes

Nombres y Apellidos: Shayan estefany Galdes
Cedula: 1023920611
Telefono 3164118365

Bogotá D.C, **01 NOVIEMBRE DE 2018.**

Señores:

Hospital Central de la Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo, Shaan esteban Bejdes montaña identificada con cédula de ciudadanía a N° 1023920611 de Bogota DC 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: _____

Nombres y Apellidos: Shaan esteban Bejdes

CC. 1023920611

CUENTA DE COBRO N° 12

Bogotá D.C, **01 NOVIEMBRE DE 2018.**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

Shaon estefani Gaicedes montoya identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1023912061 expedida en Bogota D.C la suma de $ 988.117 por concepto de las actividades desempeñadas entre el (01) al (26) octubre 2018 del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-20102-17 *suscrito con el Hospital Central de la* Policía Nacional para prestar mis servicios como tecnico auxiliar de enfermeria

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 47321000827276 del Banco Davivienda de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Shaon Gaicedes

Nombres y apellidos Shaon estefani Gaicedes

CC. 1023912061

Teléfono: 3164118365

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
12	**01 NOVIEMBRE DE 2018.**	988.117		988.117
Valor total bienes y/o servicios recibidos				988.117

OBSERVACIONES:

INASISTAENCIAS	SI	NO	DIAS
		d	

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

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

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá, D.C. **01 NOVIEMBRE DE 2018.**
CONTRATO N°:	96-7-20902-17
CONTRATISTA:	Shoon estefany Gaicles CC. 1023970611
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**
VALOR DEL CONTRATO: $	9'121.080.000 - 3'420.405
PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIO Y TERMINACION):	27/Nov/2017 - 26/Oct/2018 - 27/Oct/2018 - 26/Oct/18
FECHA DE ENTREGA:	Periodo comprendido: 01 - 26 octubre 2018
DIAS DE ATRASO EN LA ENTREGA:	
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y CARGO QUE DESEMPEÑA:	**Teniente JUDY CONSTANZA PALMA HERNANDEZ** Jefe Departamento Enfermeria HOCEN
VALOR CORRESPONDIENTE A ESTA ENTREGA	988.117
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 especificaciónes 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° 12 de fecha **01 NOVIEMBRE DE 2018.**

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.

POLICIA NACIONAL
SECCIONAL SANIDAD BOGOTA

ANEXO No.2 INFORME DE RE-EVALUACIÓN PROVEEDORES

No. CONTRATO:	**96-7-20902-17**	**FECHA DE SUSCRIPCION:**	**27 de noviembre de 2017**

El objetivo de esta re-evaluación, es verificar el desempeño que tuvo el proveedor durante la ejecución del contrato, dejando evidencia mediante registro que permita la toma de decisiones, teniendo como base los informes de seguimiento que realizó el supervisor y a través de los cuales se realizó su evaluación.

Ciudad y Fecha de la Reevaluación: **BOGOTA DC.** **26 de julio de 2018**

Fecha en que terminó la ejecución del contrato: **26 de julio de 2018**

1. ¿El proveedor cumplió en forma oportuna de acuerdo con lo establecido en las clausulas del Contrato ?	SI **X**	NO ___	EL PROVEEDOR FUE SANCIONADO SI _____ NO _____ No. RESOLUCION_____ FECHA_____
2. Los bienes suministrados por el proveedores cumplimieron con los requisitos de calidad establecidos en las especificacioens tecnicas?	SI **X**	NO ___	EL PROVEEDOR FUE SANCIONADO SI_____ NO_____ No. RESOLUCION_____ FECHA_____

3. Que fortaleza resalta del proveedor y que le generó valor agregado en la ejecución del contrato:

EL CONTRATISTA CUMPLIO CON LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES QUE SE ENCUENTRAN DESCRITAS EN EL CONTRATO

Grado y Nombre del Supervisor: **TENIENTE:JUDY CONSTANZA PALMA HERNANDEZ**
Cargo: Jefe del Departamento de Enfermeria HOCEN
Teléfonos: 2202030 - 2202029

Firma _____

Anexos: