Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-10-04, 09:21:45 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1014898448

Periodo Cotización: septiembre de 2018 **Periodo Servicio:** septiembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8875343540

PAGADO 04/10/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADRIANA PAOLA RODRIGUEZ CHACON		
Documento	CC1016023308	**Dirección**	CLL 14 N 119 10
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3212086663
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																						Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRP	Ing	Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Cod	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Días EPS	Días ARP	Días IBC	Días AFP	Días IBC	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	SMAP	Aporte Solidaridad	Total
CC 1016023308	ADRIANA PAOLA RODRIGUEZ CHACON	59	00																	0	30	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 781.242	$ 125.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 781.242	$ 87.700	2.436	$ 781.242	$ 19.100	(NIN-CO) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 0	$ 125.000	$ 87.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800	$ 300	$ 242.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2948 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 99 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 68 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Bogotá D.C, 01 NOVIEMBRE DE 2018.

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Adriana Paola Rodriguez Ch en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1016023308, 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. 96-7-20115-18 con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 10148948448
HONORARIOS MENSUALES	1.140.135,00	1'140.135
BASE COTIZACION 40%	781.242,00	781.242
APORTE SALUD 12,5%	97.655,25	97.700
APORTE PENSION 16%	124.998,72	125.000
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	19.031,06	19.100
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

Firma: Adriana Paola Rodriguez

Nombres y Apellidos: Adriana Paola Rodriguez Ch.
Cedula: 1016023308
Telefono 3212086663

Bogotá D.C, **01 NOVIEMBRE DE 2018.**

Señores:

Hospital Central de la Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo, Adriana Paola Rodriguez Chacón identificada con cédula de ciudadanía a N° 1016023308 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: Adriana Paola Rodriguez Chacón

Nombres y Apellidos: Adriana Paola Rodriguez Chacón

CC. 1016023308

CUENTA DE COBRO N° 7

Bogotá D.C, **01 NOVIEMBRE DE 2018.**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

Adriana Paola Rodriguez Chacón identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1016023308 expedida en Bogota, la suma de $ 1'140.135 por concepto de las actividades desempeñadas entre el (1) al (30) octubre del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96 7- 2015- 18 *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° 474 1000 2709 del Banco Davivienda de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Adriana Paola Rodriguez Chacón

Nombres y apellidos Adriana Paola Rodriguez Chacón

CC. 1016023308

Teléfono: 321 2086663

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
7	**01 NOVIEMBRE DE 2018.**	1.140.135		1.140.135
Valor total bienes y/o servicios recibidos				1.140.135

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 SATISFACCIÓN	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá, D.C. **01 NOVIEMBRE DE 2018.**
CONTRATO N°:	96-7-20115-18
CONTRATISTA:	Adriana Paola Rodriguez ch. CC. 1016023508
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**
VALOR DEL CONTRATO: $	9.121.080
PLAZO DE EJECUCION (INICIO Y TERMINACION):	11 ABRIL AL 10 DICIEMBRE 2018
FECHA DE ENTREGA:	Periodo comprendido: 1 AL 30 OCTUBRE
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	1'140.135
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°** 7 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.

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. OBSERVACION Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO

Para el caso de prestacion de servicios personales o profesionales que afecten la conformidad del servicio: fecha en la cual le fue suministrada la induccion establecida _____ Con base en la induccion recibida, el contratista cumplio con el objeto contractual establecido SI X NO ___

Grado y Nombre del Supervisor Teniente JUDY CONSTANZA PALMA HERNANDEZ
Cargo. Jefe del Departamento de Enfermeria HOCEN
Teléfonos: 2202030

Firma _____

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

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 2019

No. 7 ENFER - HOCEN

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

Asunto: Informe de supervision contrato 96-7-20115-18 Mes Reportado **OCTUBRE**

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	RODRIGUEZ CHACON ADRIANA PAOLA	Vigencia:	TECNICO (AUXILIAR DE ENFERMERIA)	8	$ 9,121,080.00	JUN	30	$ 1,140,135.00	DIAS	210	$ 7,980,945.00	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	$ 1,140,135.00	DIAS	180	$ 6,840,810.00	
		Incio				AGO	30	$ 1,140,135.00	DIAS	150	$ 5,700,675.00	
		11-abr-18		MESES		SEP	30	$ 1,140,135.00	DIAS	120	$ 4,560,540.00	
		termino				OCT	30	$ 1,140,135.00	DIAS	90	$ 3,420,405.00	
		10-abr-18										83.33 %
		Adición:		DIAS								
		Inicio										
		termino	8 HORAS	0		ABRI	20	$ 760,090.00	DIAS	70	$ 2,660,315.00	NINGUNA
						MAY	30	$ 1,140,135.00	DIAS	40	$ 1,520,180.00	
		VALOR TOTAL	$		9,121,080.00			$ 7,600,900.00				

16 El contratista cumplió 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_____ del _____ mediante la cual se informa al ordenador del gasto el no cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato.