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

Bogotá D.C., 5 de marzo de 2019

No. 5 ENFER - HOCEN

Señor Capitan
PEDRO DAVID MONDRAGON PIÑEROS
Jefe Contratos Hospital Central
Ciudad.-

Asunto: Informe de supervision contrato 96-7-20834-18 Mes Reportado: **FEBRERO**

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.	GRAJALES MONTOYA SHAROL STEFANI	Vigencia:	TECNICO (AUXILIAR DE ENFERMERIA)	4	$ 4.560.540,00						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:
		incio									
		30-oct-18		MESES		OCT	1	$ 38.004,50	DIAS 119	$ 3.382.400,50	
		termino				NOV	30	$ 1.140.135,00	DIAS 89	$ 2.242.265,50	124,17 %
		28-feb-19				DIC	30	$ 1.140.135,00	DIAS 59	$ 1.102.130,50	
		Adición:		DIAS		ENE	30	$ 1.140.135,00	DIAS 29	-$ 38.004,50	
		3 meses				FEB	28	$ 1.064.126,00	DIAS 1	-$ 1.102.130,50	
		Inicio									
		27-jul-18	8 HORAS	0							TERMINO CONTRATO 28 FEBRERO 2019
		termino									
		26-oct-18									
		VALOR TOTAL	$		4.560.540,00			$ 5.662.670,50			

16. El contratista cumplio 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.

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 TÈCNICOS 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.

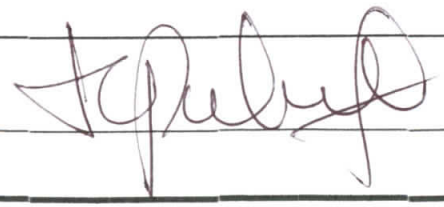
Para el caso de prestación de servicios personales o profesionales que afecten la conformidad del servicio: fecha en la cual le fue suministrada la inducción establecida _____ Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI **X** NO ___

Grado y Nombre del Supervisor 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..

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. **1 MARZO 2019**
CONTRATO N°:	96-7-20834-18
CONTRATISTA:	Sharon estefany Giraldo M CC. 1023920611
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO ***TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA***
VALOR DEL CONTRATO: $	$ 4.560.540
PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIO Y TERMINACION):	30 octubre 2018 - 28 febrero 2019
FECHA DE ENTREGA:	Periodo comprendido: 01 al 28 febrero 2019
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	1'064.126
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° 5 de fecha **1 MARZO 2019.**

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
5	**1 MARZO 2019**	1'064.126		1.064.126
Valor total bienes y/o servicios recibidos		1'064.126		1.064.126

OBSERVACIONES:

INASISTAENCIAS	SI	NO	DIAS
		X	

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

CUENTA DE COBRO N° 5

Bogotá D.C, **1 MARZO DE 2019**.

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

Sharon estefany ocicle montoya identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1023920611 expedida en Bogota, la suma de $ 1'064.126 por concepto de las actividades desempeñadas en el mes de 01 al 28 febrero del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-20834-18 suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como tecnico auxiliar enfermeria

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 47341000822776 del Banco Davivienda de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Sharon Ocicle

Nombres y apellidos Sharon Estefany Ocicle

CC. 1023920611

Teléfono: 3164418365

Bogotá D.C, **1 MARZO DE 2019.**

Señores:

Hospital Central de la Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo, Sharon estefany Ocampo montoya. identificada con cédula de ciudadanía a N° 1023970611 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 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: Sharon Ocampo

Nombres y Apellidos: Sharon estefany Ocampo

CC. 1023970611

BOGOTA, 1 MARZO DE 2019

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Shaon estefany Gaona en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1023920611, de Bogota D.C. 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. 96-7-20834-18 con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 83325652146
HONORARIOS MENSUALES	1.140.135,00	1.140.135
BASE COTIZACION 40%	828.116,00	828.116
APORTE SALUD 12,5%	103.514,50	104.100
APORTE PENSION 16%	132.498,56	133.100
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	20.172,90	20.300
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

Firma: Shaon Gaona

Nombres y Apellidos: Shaon estefany Gaona

Cedula: 1023920611

Telefono 3164118365

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: 8332565446

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	8332565446
Fecha pago	2019-02-11
Número de autorización pago	80806747
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2019
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2019
Número de Administradoras	3
Total Pagado	257500
Total Intereses de Mora	1200

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	20300	1
230301	Porvenir	133100	1
EPS008	Compensar EPS	104100	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	828116	828116	828116	0	103600	0	132500	0	20200	0

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