Página 1 de 5	PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
CODIGO: 2BS-FR-0019		
FECHA: 19-08-2015	INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	
VERSION: 4		

(APLICA PARA CONTRATOS DE COMPRAVENTA, PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUMINISTRO E INTERADMINISTRATIVOS)

Bogotá D.C., DICIEMBRE 1 de 2018.

No. ___02_____ HOCEN

Coronel.
ALBEIRO RUIZ REYES
Director Hospital Central policía Nacional
Bogotá

Asunto: Informe de supervision contrato No. 96-7- 20639-18 Mes reportado Noviembre

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	
LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO ASISTENCIAL -TERAPEUTA RESPIRATORIO, por un tiempo no inferior a 44 horas semanales -190 horas mensuales de acuerdo a la resolución N. 0511 del 22/08/2014 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.	**T.R.GIL RUIZ MARIA ANTONIA**	**Vigencia**	**TERAPEUTA RESPIRATORIA**	**4 MESES**	**$7,931,380.00**	**9 DIAS**	**$594,853.50**	**03 M Y 21 DIAS**	**$7,336,526.50**	**PORCENTAJE EJECUTADO 33 %**
		incio: 22-10-2018			$7,336,526.50	1 MES	$1,982,845.00	02 M Y 21 DIAS	$5,353,681.50	
		termino: 21-02-2019								
		Adición:								
		Inicio								
		termino								
		VALOR TOTAL	**7,931,380.00**		**$7,931,380.00**		**$2,577,698.50**			

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.

CODIGO: 2BS-FR-0019	PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
FECHA: 19-08-2015		
VERSION: 4	INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	

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.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES

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 ___ NO ___

Grado y Nombre del Supervisor TR. ERIKA MONTAÑEZ RAMIREZ
Cargo JEFE TERAPIA RESPIRATORIA
Teléfonos: 2202115
Anexos: CUENTA DE COBRRO, CARTA JURAMENTADA, CARTA DE DESCUENTO DE SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PLANILLA DE PAGO.

Firma Erika Montañez R

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	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá, D.C. 1 de diciembre de 2018.
CONTRATO N°:	PN HOCEN DISAN 96-7- 20639-18
CONTRATISTA:	MARIA ANTONIA GIL RUIZ CC.N. 51.846.923.
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO ASISTENCIAL-TERAPEUTA RESPIRATORIO
VALOR DEL CONTRATO: $	$ 7,931,380.00
PLAZO DE EJECUCIÓN:	22/10/2018 al 21/02/2019
FECHA DE ENTREGA:	Periodo comprendido: Del mes de noviembre del 2018.
DIAS DE ATRASO EN LA ENTREGA:	0
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y CARGO QUE DESEMPEÑA:	TR. Erika Montañez Ramírez Jefe Terapia respiratoria HOCEN
VALOR CORRESPONDIENTE A ESTA ENTREGA	$ 1,982,845.00
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° 02 de fecha 1 de diciembre del 2018.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DENTRO DEL CARGO:

1. 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.
2. Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad.
3. Colaborar con los entes de control de la entidad o del estado cuando así lo requiera.
4. Ejercer su profesión con moral y ética.
5. Hacer partes de los comités académicos, administrativos, de casos especiales, estructuradores y de evaluación de las contrataciones administrativas que lleve a cabo la DIRECCION DE SANIDAD – HOSPITAL CENTRAL para los cuales sea designado.

6. Rendir los informes que la DIRECCION DE SANIDAD – HOSPITAL CENTRAL requiera dentro de los plazos determinados.
7. Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar, emitir conceptos que se requieran.
8. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia debe conocer y manipular y responderá patrimonialmente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida.
9. Prestar servicios de TERAPEUTA RESPIRATORIO para el servicio como terapia respiratoria para realizar los procedimientos de terapia respiratoria en pisos, unidades de cuidado intensivo, hospitalizados, consulta externa, urgencias, HOCAS, traslado de pacientes externos e internos, traslado de pacientes de orden público, programas de rehabilitación y control de pacientes crónicos, laboratorio de función pulmonar y demás servicios del HOCEN donde se requiera.
10. Obrar con lealtad y buena fé en las distintas etapas contractuales, evitando dilataciones y en trabamientos que puedan presentarse.
11. Tratar con respeto e imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la POLICIA NACIONAL, pacientes y demás personas con que tenga relación.

No. Factura y/o Cta. Cobro	Fecha	Valor	Nota crédito o débito	Valor neto
01	1 DICIEMBRE /2018	$ 1,982,845.00		$ 1,982,845.00
Valor total bienes y/o servicios recibidos				$ 1,982,845.00

OBSERVACIONES: Se realiza el pago del mes de noviembre por prestación de servicios sin novedad.

TR. Erika Montañez Ramírez
Jefe Terapia respiratoria HOCEN

CUENTA DE COBRO N° 2

BOGOTA D.C. 01 DICIEMBRE DE 2018

HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL
NIT. 830.067.597-4

DEBE A:

MARIA ANTONIA GIL RUIZ identificada con Cédula de Ciudadanía No. 51.846.923 expedida en Bogotá, la suma de $ 1.982.845.oo por concepto de las actividades desempeñadas del 1 al 30 de NOVIEMBRE del 2018, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **96-7-20639-18** suscrito con el HOSPITAL CENTRAL para prestar mis servicios como TERAPEUTA RESPIRATORIO

Favor consignar en la cuenta de Ahorros N° 004800286660 del BANCO DAVIVIENDA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

ANTONIA GIL

MARIA ANTONIA GIL RUIZ
CÉDULA: 51.846.923 expedida en Bogotá
TELÉFONO: 3202768501

BOGOTA D.C 01 DE DICIEMBRE DEL 2018

Señores:
Hospital Central Bogotá
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, MARIA ANTONIA GIL RUIZ identificada con cédula de ciudadanía N° 51846923 expedida en 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 **DIRECCION DE SANIDAD-HOSPITAL CENTRAL BOGOTA**, además mi condición es de SI **Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

Antonia Gil

MARIA ANTONIA GIL RUIZ
CÉDULA: 51.846.923 expedida en Bogotá
TELÉFONO: 3202768501

Bogotá D. C., 01 de Diciembre 2018.

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

YO, MARIA ANTONIA GIL RUIZ en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 51.846.923 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. 96-7-20639-18 con el Hospital Central Bogota Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 31178356
HONORARIOS MENSUALES	1.982.845,00	1.982.845,00
BASE COTIZACION 40%	793.138,00	793.138,00
APORTE SALUD 12,5%	99.100,00	$ 100.400,00
APORTE PENSION 16%	126.900,00	$ 128.500,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	19.320,00	$ 19.600,00
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

ANTONIA GIL

MARIA ANTONIA GIL RUIZ
CÉDULA: 51.846.923 de Bogota
TELÉFONO: 3202768501

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	51846923	MARIA ANTONIA GIL RUIZ		AV. CRA. 68 No.67c-24	7417540	magr9231@hotmail.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
			2018/11/13	385195593	EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2018-10	2018-10	I	13/11/2018	31178356	$264.600

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	100.000	0		0		0	5	400	0	100.400	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
231001	Colfondos	800227940-6	128.000	0	0	0	0	5	500	0	128.500	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	19.500				19.500	5	100	19.600			195	19.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	16.000	5	100	16.100	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	100.000	100.400
Pensión	1	128.000	128.500
Riesgos Laborales	1	19.500	19.600
CCF	1	16.000	16.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	263.500	264.600

PAGADA
31178356

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