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

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

Bogotá D.C., FEBRERO 1 de 2019

No. ___04_____ HOCEN

Teniente Coronel.
**Domingo Alfredo López Dales**
**Director Hospital Central policía Nacional**
Bogota

Asunto: Informe de supervision contrato No. 56-7-26538-18 Mes reportado Enero

| 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 66 %** |
| | | 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 | | | $5.353.681,50 | 1 MES | $1.982.845,00 | 01 M Y 21 DIAS | $3.370.836,50 | |
| | | | | | $3.370.836,50 | 1 MES | $1.982.845,00 | 21 DIAS | $1.387.991,50 | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | Adición: | | | | | | | | |
| | | Inicio | | | | | | | | |
| | | termino | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | VALOR TOTAL | 7.931.380,00 | | $7.931.380,00 | | $6.543.388,50 | | | |

16. El contratista cumplió con lo estableci do 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 estab ecidas, 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

**19. RELACIÓN DE OBLIGACIONES INCUMPLIDAS**

| 20. ÍTEM Y/O NUMERAL | 21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | 22. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCUMPLIMIENTO. |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

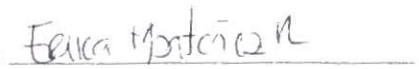
**23. DOCUMENTOS TÉCNICOS OBLIGATORIOS ESTABLECIDOS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, INCLUYENDO LAS AMBIENTALES, DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Y OTROS.**

| 24. ÍTEM Y/O NUMERAL | 25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | 26. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO. |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**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 TERAP A RESPIRATORIA
Teléfonos 2202115

Firma 

Anexos CUENTA DE COBRRO CARTA JURAMENTADA CARTA DE DESCUENTO DE SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PLANILLA DE PAGO

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

| | |
|---|---|
| CIUDAD Y FECHA: | Bogotá, D.C. 1 de febrero del 2019 |
| 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 enero del 2019 |
| DIAS DE ATRASO EN LA ENTREGA: | 0 |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y CARGO QUE DESEMPEÑA: | TR. Erika Montañez Ramirez<br>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 ÍTEMS 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 04 de fecha 1 de febrero del 2019

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 informacion 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 |
|---|---|---|---|---|
| 04 | 1 DE FEBERO /2019 | $ 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 enero del presente por prestación de servicios sin novedad.

Luz Angela Florez Baquero

TR. Luz Angela Florez Baquero
Jefe Terapia (e) respiratoria HOCEN

CUENTA DE COBRO N° 3

BOGOTA D.C. 01 FEBRERO DE 2019

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 realizadas en el mes de enero , 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 FEBRERO DEL 2019

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 categoria 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

Bogota D. C. 01 de Febrero 2019

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

YO, MARIA ANTONIA GIL RUIZ en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadania 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. 32033189 |
|---|---|---|
| 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 | $ 99.100,00 |
| APORTE PENSION 16% | 126.900,00 | $ 126.900,00 |
| **APORTE RIESGOS PROFESIONALES** | | |
| ASISTENCIALES 2,436% | 19.320,00 | $ 19.320,00 |
| ADMINISTRATIVOS 0,522% | | |

Cordialmente.

ANTONIA GIL

MARIA ANTONIA GIL RUIZ
CEDULA 51 846 923 de Bogota
TELEFONO 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 | | |
| UNICA | I – Independiente | | | BOGOTA D.C. | BOGOTA, 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 | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2018-12 | 2018-12 | I | 27-12-2018 | 32033189 | $263.500 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Codigo EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Dias 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 | 0 | 0 | 0 | 100.000 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 23100? | Colfondos | 800227940-6 | 128.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 128.000 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Dias 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 20 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 19.500 | | | | 19.500 | 0 | 0 | 19.500 | | | 195 | 19.500 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Codigo CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF74 | Compensar Caja | 860066942-7 | 16.000 | 0 | 0 | 16.000 | 1 |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Aporte | Dias 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 | 100.000 |
| Pension | 1 | 128.000 | 128.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 19.500 | 19.500 |
| CCF | 1 | 16.000 | 16.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 263.500 | 263.500 |