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., 1 de abril de 2019

No. 5 ENFER - HOCEN

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

Asunto: Informe de supervision contrato 96-7-201112-18 Mes Reportado: MARZO

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.	ANAYA CARDENAS BLANCA CECILIA	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									
		22-nov-18		MESES							
		termino									
		21-mar-19				NOV	9	$ 342.040,50	DIAS	111	$ 4.218.499,50
		Adición:				DIC	30	$ 1.140.135,00	DIAS	81	$ 3.078.364,50
				DIAS		ENE	30	$ 1.140.135,00	DIAS	51	$ 1.938.229,50
		Inicio				FEB	30	$ 1.140.135,00	DIAS	21	$ 798.094,50
						MAR	21	$ 798.094,00	DIAS	21	$ 0,50
		termino	8 HORAS	0							100,00 %
		VALOR TOTAL	$		4.560.540,00			$ 4.560.539,50			

16. El contratista cumplió 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 ABRIL 2019**
CONTRATO N°:	967-20112-18.
CONTRATISTA:	Blanca Cecilia Anaya C CC 1.093.604.724
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**
VALOR DEL CONTRATO: $	4'560.540
PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIO Y TERMINACION):	22 NOV 18 al 21 Marzo 2019
FECHA DE ENTREGA:	Periodo comprendido: 1 al 21 Marzo.
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	$ 798.094
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 interventoria)**

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°_____ de fecha **1 ABRIL 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
#A	**1 ABRIL 2019**			
Valor total bienes y/o servicios recibidos				

OBSERVACIONES:

INASISTAENCIAS	SI	NO	DIAS

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

CUENTA DE COBRO N° 4

Bogotá D.C, **1 ABRIL DE 2019.**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

Blanca Cecilia Anaya Cardenas identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.098.604.724 expedida en Bmanga, la suma de $ _____ por concepto de las actividades desempeñadas en el mes de Marzo del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-20772-18 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° 142394717 del Banco BBVA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Blanca Cecilia Anaya Cardenas

Nombres y apellidos Blanca Cecilia Anaya C

CC. 1.098.604.724

Teléfono: 3977281

Bogotá D.C, **1 ABRIL DE 2019**.

Señores:

Hospital Central de la Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo, Blanca Cecilia Anaya Cardenas identificada con cédula de ciudadanía a N° 1.098.604724 de B/Manga, 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: Blanca Anaya Cardenas

Nombres y Apellidos: Blanca Anaya Cardenas

CC. 1.098.604724

BOGOTA, 1 ABRIL DE 2019

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Blanca Cecilia Anaya C en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1.098.604.724, de Bmanga 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. 96-1-20112-19 con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 8654926933
HONORARIOS MENSUALES	1.140.135,00	
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: Blanca Anaya Cardenas

Nombres y Apellidos: Blanca Cecilia Anaya Cardenas
Cedula: 1.098.604.724
Telefono 3911281

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	blanca cecilia anaya cardenas
IDENTIFICACION:	CC-1098604724
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2019-03-14
FECHA LIMITE DE PAGO:	2019-03-07
FECHA DE PAGO:	2019-03-13
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2019-02
PERIODO SALUD:	2019-02
NUMERO PLANILLA:	8654926933
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8604303592
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 0	$ 500	$ 103.600	$ 104.100
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 0	$ 0	$ 600	$ 132.500	$ 133.100
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 20.200	$ 20.300
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 256.300	$ 257.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/03/2019