No. **10 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No 1**

GS-2021 GS-2022-591529-MEBOG

Bogotá 01/07/2022

Coronel
ANA MILENA MAZA SAMPER
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 1
Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No.81-7-20090-21

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO x O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	01/06/2022	**Hasta**	30/06/2022

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la "*Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante Orden Interna No. 009 del 28 de febrero de 2022, la señora Teniente Coronel ANA MILENA MAZA SAMPER Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 1, obrando en calidad de ordenador del gasto, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto a la señora CAPITAN MARGARITA QUITIAN ROJAS Responsable Redes Integrales Servicios en Salud Regional No. 1.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:**

1. Informe de supervisión del mes **SEPTIEMBRE 2021** entre el 03/09/2021 AL 30/09/2021. GS-2022-587930-MEBOG
2. Informe de supervisión del mes **OCTUBRE 2021** entre el 03/09/2021 AL 30/09/2021. GS-2022-587985-MEBOG
3. Informe de supervisión del mes **NOVIEMBRE 2021** entre el 01/11/2021 AL 30/11/2021. GS-2022-588040-MEBOG

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Presentar la cuenta de cobro dentro de los 5 primeros días de cada mes, entregado copia al supervisor de contrato y donde se enuncia las ACTIVIDADES DESARROLLADAS DENTRO DEL CARGO, deben ser las que haya adelantado en el mes laborado.	SI	NINGUNA
Prestar sus servicios profesionales como TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA con conocimientos, para el desarrollo de las actividades requeridas por los servicios.	SI	NINGUNA
Llevar registro de atención diaria de procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizadas las bases de datos y los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento del proceso presencial y administrativa donde se encuentre.	SI	NINGUNA
Rendir los informes que la Institución requiera dentro de los plazos determinados, además de apoyar el proceso de digitación, consolidación de la información y oficios que se requieran del grupo al cual pertenece.	SI	NINGUNA
Brindar con respeto una adecuada información a los usuarios de nuestro Sistema de Salud, en cuanto a los horarios y requisitos necesarios para el acceso al servicio que presta la Unidad.	SI	NINGUNA
Mantener las buenas relaciones interpersonales con el grupo de Profesionales, compañeros y usuarios.	SI	NINGUNA
Responder por la seguridad, conservación y buen uso de los equipos puestos para el desarrollo de su actividad.	SI	NINGUNA
Solicitar con la debida anticipación, los elementos necesarios para el cumplimiento de sus funciones.	SI	NINGUNA
Mantener el orden y organización de su puesto de trabajo y demás dependencias del servicio durante la jornada laboral.	SI	NINGUNA
Velar por el uso racional de los insumos e informar a la Coordinación su consumo para realizar el pedido correspondiente.	SI	NINGUNA

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (297) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (53) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

CLAUSULA CUARTA-FORMA DE PAGO :El pago del presente contrato se realizara dentro de los primeros 15 días de cada mes, una vez presentado el recibo de pago y la planilla de pago de aportes de salud ,pensión y ARL certificación de cumplimiento expedida por el supervisor ,informe de actividades junto con los documentos requeridos ,de acuerdo al derecho a turno y a la programación del plan Anual de caja (PAC),se efectuara en mensualidades por un valor UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA($1.585.928,00),de acuerdo a la Resolución No 125 del 08/04/2020 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

Los pagos se harán de la siguiente cuenta:

NOMBRE: ANGIE ANDREA FAJARDO MARTIN
BANCO: BANCO BOGOTA
TIPO DE CUENTA: AHORROS
NUMERO DE CUENTA:0214633885

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas

	Valor en pesos	% del valor del contrato u orden de compra
Valor total del contrato	$ 16.916.565,34	100%
Valor total de las entregas	$ 15.753.551,47	93%
Valor total facturado	$ 14.167.623,47	84%
Valor facturado pendiente de pago	$ 2.748.941,87	16%
Valor pagado	$ 14.167.623,47	84%
Valor pendiente de entrega	$ 2.748.941,87	16%

a. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato únicamente **del periodo que está informando**)

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
N° 10 del 01/072022	$ 1.585.928,00	del 01/062022 al 30/06/2022	$ 1.585.928,00	10	Pendiente	*Pendiente*	*Pendiente*

Página 1 de 3 Código: 2BS-FR-0045 Fecha: 12-03-2021 Versión: 3	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	POLICIA NACIONAL

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 01 DE JULIO 2022
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	81-7-20090-21
Constancia de recibido No.	10
Contratista:	ANGIE ANDREA FAJARDO MARTIN
NIT del contratista:	1.023.897.823
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO: TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$ 16.916.565,34
Plazo de ejecución:	03/09/2021 AL 20/06/2022
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Cra 68 B bis No 44-58 Edificio BG EDGAR YESID DUARTE VALERO Torre A, ubicado en la ciudad de Bogotá
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	**Patrullera INGRIT DANIELA RIVAS AVILA** **Responsable De CTC-Reembolsos área aseguramiento en salud No 1**
Fecha de entrega certificada:	Del: JUNIO 2022

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia (indicar la vigencia del valor de la entrega 2022)

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
RASES 1	**16**	***TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA***	**$ 1.585.928,00**		**$ 1.585.928,00**	**$ 1.585.928,00**

CUENTA DE COBRO N° 10 **DIAN No_____**

BOGOTA. D.C, 1 DE JULIO DEL 2022

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900.336.524-5

DEBE A:

ANGIE ANDREA FAJARDO MARTIN identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1.023.897.823** expedida en Bogotá, la suma de $ **1.585.928,00** concepto de las actividades desempeñadas Durante el mes de **JUNIO** del presente año, de acuerdo con el objeto y obligaciones pactadas en el Contrato de Prestación de Servicios No. **81-7-20090-21** Suscrito a la **Regional De Aseguramiento En Salud No 1** para prestar mis servicios como Auxiliar de Enfermería.

Favor consignar en la cuenta de ahorros **No.021463385 BANCO BOGOTA**

Atentamente,

Angie Andrea Fajardo M.
ANGIE ANDREA FAJARDO MARTIN
1.023.897.823 DE BOGOTA
TELEFONO: 324-681-52-39

GRUP
0 3 JUL 2022
SUJETO
RF

BOGOTA D. C. 1 DE JULIO DEL 2022

Señores

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1

Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

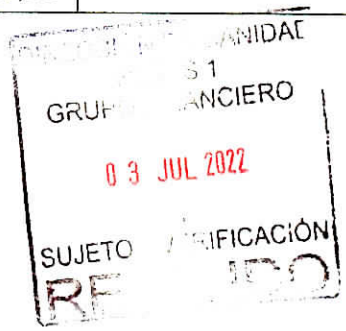
Yo, ANGIE ANDREA FAJARDO MARTIN en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N°1.023.897.823 de BOGOTA, para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1°del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios 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%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato **No 81-7-20090-21** con la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1

VALOR A COTIZAR		**VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 8359577248**
HONORARIOS MENSUALES	1.585.928,00	1.585.928,00
BASE COTIZACION 40%	1.000.000,00	1.000.000,00
APORTE SALUD 12,5%	125.000,00	125.000,00
APORTE PENSION 16%	160.000,00	160.000,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	24.360,00	
ADMINISTRATIVOS 0,522%	5.220,00	5.300,00

Cordialmente,

Angie Andrea Fajardo M.

ANGIE ANDREA FAJARDO MARTIN
1.023.897.823 DE BOGOTA
Teléfono: 324-681-52-39



BOGOTA D.C. 1 DE JULIO DEL 2022

Señores:

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1

Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo, ANGIE ANDREA FAJARDO MARTIN identificada con cédula de ciudadanía a N° 1.023.897.823 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 la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No1**,además mi condición es de **NO Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,



Angie Andrea Fajardo M.

ANGIE ANDREA FAJARDO MARTIN
CÉDULA: 1.023.897.823 DE BOGOTA
CELULAR: 324-681-52-39

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	1023897823	ANGIE ANDREA FAJARDO MARTIN		kra 10 c este N 26-26 sur	2723281	angie.fajardo@correo.policia.gov.co	
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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-05	2022-05	I		59577248	$310,300	

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	125,000	0		0		0	0	0	0	125,000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	160,000	0	0	0	0	0	0		160,000	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	5,300				5,300	0	0	5,300			53	5,300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	20,000	0	0	20,000	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	125,000	125,000
Pensión	1	160,000	160,000
Riesgos Laborales	1	5,300	5,300
CCF	1	20,000	20,000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	310,300	310,300

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

INFORME DE PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES Y RESULTADOS DEL CONTRATISTA

BOGOTA. D.C 1 DE JULIO DEL 2022

Relación de actividades desarrolladas por la contratista ANGIE ANDREA FAJARDO MARTIN, identificada con Cédula de Ciudadanía No.1.023.897.823 de BOGOTA durante los días del mes de **JUNIO** Con No **81-7-20090-21**

ACTIVIDADES
1. ATENCION VENTANILLA.
2. RECEPCION DE DOCUMENTOS DE MEDICAMENTOS DE CTC Y PROCEDIMIENTOS
3. NOTIFICAR DE USUARIOS APROBADOS DE MEDICAMENTOS DE CTC Y PROCEDIMIENTO

Atentamente,

Angie Andrea Fajardo M.

ANGIE ANDREA FAJARDO MARTIN
1.023.897.823 de Bogotá



INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1023897823-9 ANGIE ANDREA FAJARDO MARTIN

Información General

Dirección KR 10C ESTE 26 26 SUR

Teléfonos 2890001 3212807310

Dirección electrónica andrea-6897@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 11/03/2017

Soporte Inscripción 23107034

Fecha Inicio Actividades 01/12/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001826017

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaría de Hacienda Distrital.

Fuente ICA TE TOCA