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

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

Bogotá, 01 DICIEMBRE -2018

No. _____ DISAN HOCEN

Señor Coronel
ALBEIRO RUIZ REYES
Director Hospital Central de la Policía
Bogotá

Asunto: Informe de supervision contrato No 96-7-20916-18 Mes reportado NOVIEMBRE -2018

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	
PRESTACION SERVICIOS COMO AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO - ASISTENCIAL	LAURA COBALEDA GAONA	Vigencia:	PRESTACION SERVICIOS COMO AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO - ASISTENCIAL	120	3,988,223.0	22	743,567.00	98	3,244,656.00	El servicio ofrecido, se recibio a entera satisfacción y el contratista realizó todos los aportes al sistema de seguridad social (Salud, Pensión y Riesgos laborales) para el mes de NOVIEMBRE 2018 , con un procentaje de ejecución del 26,36 %.
		incio: 09-11-2018								
		termino: 08-03-2019								
		Adición:								
		Inicio								
		termino								
		VALOR TOTAL:	$3,988,223.00							

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.

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

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.
1.	TOMA, PROCESAMIENTO Y REPORTES DE MUESTRAS CLINICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOCEN	Realizado
2.	REGISTRO DE CONTROLES DE CALIDAD INTERNOS	Realizado
3	VERIFIACION DE EQUIPOS, CALIBRACION Y BUEN REPORTE	Realizado
4	TOMA DE MUESTRAS EN AREA DE URGENCIAS DEL LABORATORIO, MONTAJE Y REGISTRO DE PLANILLAS	Realizado
5	LIMPIEZA Y DESINFECCION DE EQUIPOS, NEVERAS Y ELEMENTOS PROPIOS DEL SERVICIO	Realizado
6	PAGO Y SOPORTE DE SEGUIRDAD SOCIAL, ANEXADO A RAS PARA CORRESPONDIENTE PAGO	Planilla de pago de seguridad social (salud, pensión y riesgos laborales).

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 09/05/2017 Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI X NO ___

Grado y Nombre del Supervisor Subteniente. **JORGE ARMANDO SABALLETH REDONDO**
Cargo Líder laboratorio Clínico HOCEN

Teléfonos: 2202071

Anexos: (Planilla de pago de seguridad social (salud, pensión y riesgos laborales))

Firma _____

######

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá D.C. 01 DICIEMBRE 2018
CONTRATO N°:	PN HOCEN No 96-7-20916-18
CONTRATISTA:	LAURA COBALEDA GAONA CC 1.026.564.556
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO
VALOR DEL CONTRATO:	$ 4.055.820,00
PLAZO DE EJECUCIÓN:	DEL 09 -11 -2018 AL 08 - 03-2019
FECHA DE ENTREGA:	Periodo Comprendido: 09 AL 30 NOVIEMBRE 2018.
DIAS DE ATRASO EN LA ENTREGA:	0
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y CARGO QUE DESEMPEÑA:	Subteniente **JORGE ARMANDO SABALLETH REDONDO** Responsable Laboratorio Clínico HOCEN
VALOR CORRESPONDIENTE A ESTA ENTREGA	$ 743.567,00
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:	09-11-2018
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 ejecución, 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 No 001 con fecha de 01 DICIEMBRE 2018.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DENTRO DEL CARGO

-Toma de muestras en pediatría con la Bacterióloga

-Recibir muestras en ventanilla de urgencias

-Limpieza diaria y semanal de equipos de la sección de urgencias

-Organizar y descartar muestras procesadas de urgencias.

-Organizar, tapar y guardar muestras procesadas de cada día.

-Recoger y organizar material limpio en su respectivo sitio

-Llamar a las diferentes secciones del hospital dependiendo la muestra que haga falta o este mal tomada.

No. Factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
001	01 DICIEMBRE 2018	$ 743.567,00		$ 743.567,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos				$ 743.567,00

NOTA: LA CONTRATISTA COBRA 22 DIAS POR INICIO DE CONTRATO del 09-11-2018.

Supervisor del Contrato

Subteniente **JORGE ARMANDO SABALLETH REDONDO**
Responsable Laboratorio Clínico HOCEN

CUENTA DE COBRO N° 1

Bogotá D.C., 01 DICIEMBRE de 2018

LA DIRECCION DE SANIDAD HOSPITAL CENTRAL
DE LA POLICIA NACIONAL
NIT: 830067597-4
DEBE A:

LAURA COBALEDA GAONA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.030.652.050 expedida en Bogotá D.C, la suma de $ 743.567,00 por concepto de las actividades desempeñadas del 09 al 30 de NOVIEMBRE del 2018, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-20916-18 suscrito con la Dirección de Sanidad Hospital Central Bogotá para prestar mis servicios como Auxiliar de Laboratorio Clínico

Favor consignar en la cuenta de ahorros N°0552219412 de BBVA de acuerdo al contrato estipulado

Atentamente,

Laura Cobaleda

LAURA COBALEDA GAONA
C.C 1.026.564.556 de Bogotá D.C
TELEFONO 3213474299

Bogotá D.C., 01 de DICIEMBRE 2018

Señores:
Hospital Central Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo, **LAURA COBALEDA GAONA** identificado con cédula de ciudadanía a **N° 1.026.564.556** expedida en Bogotá 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 la DIRECCION DE SANIDAD HOSPITAL CENTRAL, además mi condición es de **No Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

laura cobaleda

LAURA COBALEDA GAONA
C.C 1.026.564.556 de Bogotá D.C
TELEFONO 3213474299

Bogotá D.C. DICIEMBRE del 2018.

Señores:
Hospital Central Policía Nacional
Ciudad

Respectados señores:

Yo ,**LAURA COBALEDA GAONA** en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía **Nº 1.026.564.556** expedida en Bogotá 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 asistenciales de 2.436% y 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 96-7-20915-18 con la Dirección de Sanidad Hospital Central Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR	**VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No 8657057146 No 8657018507**	
HONORARIOS MENSUALES	1.013.955.00	1.013.955.00
BASE COTIZACION 40%	781.242.00	781.242.00
APORTE SALUD 12%	97.700.00	97.700.00
APORTE PENSION 16%	125.000.00	125.000.00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2.436%	19.100.00	19.100.00
ADMINISTRATIVOS 0.522%		

Laura cobaleda

LAURA COBALEDA GAONA
C.C 1.026.564.556 de Bogotá D.C
TELEFONO 3213474299

PLANILLA NRO. 8657057146 Tipo I 2018 ASOPAGOS
11

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR
CC	1026964556	LAURA SHIRLEY COBALEDA GAONA	ÚNICO	0	0	2018-11	2018-11	8657057146	8604456240	PRIVADA	I	SINARL	86

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
CL 51 89 A 10 SUR	BOGOTA	1	BOGOTA D.C	11	0	0	lauracobaleda@hotmail.com	0090	0	1	2018-11-13	2018-12-13

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS037	900156264	97700	0	0	0	0	0	97700	0	0	0	97700	0	0	0	0	97700	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
230301	800224808	125000	0	0	0	0	0	0	125000	1

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
SINARL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	0	0	0	1

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

NÚMERO ADMINISTRADORAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	0
CAJAS COMPENSACIÓN	0

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA

PENSIONES	125000
SALUD	97700
RIESGOS LABORALES	0
CAJAS COMPENSACIÓN	0
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	222700

PLANILLA NRO. 8657018507 Tipo N 2018 ASOPAGOS
11

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR
CC	1026564596	LAURA SHIRLEY COBALEDA GAONA	ÚNICO	0	0	2018-11	2018-11	8657018507	8657018507	PRIVADA	1	SINARL	86

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
CL 81 89 A 10 SUR	BOGOTA	1	BOGOTA D.C	11	0	0	lauracobaleda@hotmail.com	9090	0	1	2018-11-15	2018-12-13

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS037	900156264	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
230301	800224808	0	0	0	0	0	0	0	0	1

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
14-23	860011153	19100	0	0	0	19100	0	0	19100	0	0	0	19100

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

NÚMERO ADMINISTRADORAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	1

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA	
PENSIONES	0
SALUD	0
RIESGOS LABORALES	19100
CAJAS COMPENSACIÓN	0
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	19100