**No. 04 HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA**

BOGOTA 1 AGOSTO 2022

Coronel
OLGA PATRICIA SALAZAR SANCHEZ
Directora Hospital Central
Bogotá

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato **96-7-20140-22**

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO X O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **1 JULIO 2022** | **Hasta** | **30 JULIO 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. 029 del 02/03/2022, el señor Teniente Coronel JUAN PABLO BLANCO SIERRA, obrando en calidad de Director Hospital Central de la Policía, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto a la señora Capitán MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Mensual
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 04**

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | 96-7-20140-22 |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TÉCNICO ASISTENCIAL - AUXILIAR DE ENFERMERIA, de acuerdo con la Resolución N° 125 del 08/04/2020 , de la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional.. |
| **Contratista** | **IPUZ SALASLEIDY KATHERINE** |
| **Representante legal** | |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | $ 7.929.640 |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | NO APLICA |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | $ 7.929.640 |
| **Plazo de ejecución inicial** | **CINCO (5) MESES** |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 5 ABRIL 2022 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | 04 SEPTIEMBRE 2022 |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | NO APLICA |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | NO APLICA |
| **Adiciones** | NO APLICA |
| **Modificatorios** | NO APLICA |
| **Prorrogas** | NO APLICA |
| **Otros** | NO APLICA |

## 1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Es obligación del contratista cumplir con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral en los términos del artículo 50 de la LEY 789 de 2002 en | | |

| | | |
|---|---|---|
| concordancia con el decreto 1703 de 2002, decreto 510 de 2003, ley 797de 2003, ley 828 de 2003 y ley 1122 de 2007, la cual se constituirá en requisito previo para cada uno de los pagos pactados, siempre y cuando el plazo del contrato sea superior a tres meses. De acuerdo con el artículo 1° de la ley 828 de 2003, el incumplimiento de estas obligaciones será causal para la imposición de multas sucesivas hasta tanto se dé el cumplimiento, previa verificación de la mora mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. Cuando durante la ejecución del control se observe la persistencia de este incumplimiento, por cuatro meses la entidad estatal dará aplicación a la cláusula excepcional de caducidad administrativa. | SI | Se relaciona número de planilla pagada 1047267933 la cual corresponde al mes de JUNIO 2022 |

**1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA**

NO APLICA

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (116) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (34) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

**4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:**

El pago del presente contrato se realizará 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 del mes inmediatamente anterior, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, informe de actividades junto con los documentos requeridos, de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC), se efectuará en MENSUALIDADES por un valor de UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS **($ 1.585.928,00)** de acuerdo a la Resolución N° 125 del 08/04/2020 de la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional.

**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 | $7.929.640 | - |
| Valor total de las entregas | 6.132.254,93 | 77,33% |
| Valor total facturado | $1.585.928 | 20,00% |
| Valor facturado pendiente de pago | $1.797.385 | 22,67% |
| Valor pagado | $1.585.928 | 20,00% |
| Valor pendiente de entrega | $1.797.385 | 22,67% |

| | | |
|---|---|---|
| El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales | **SI x** | Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros). |
| | **NO___** | En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas. |

Atentamente,

Firma_____
Capitán MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES
Jefe Departamento de Enfermería

Supervisor de Contrato No. 96-7-20140-22
Hocen.enfer@policia.gov.co
2202030

| | | |
|---|---|---|
| Pagina: 1 de 1<br>Código: 2BS-FR-0021<br>Fecha: 12-03-2021<br>Versión: 5 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS<br>PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS | POLICÍA NACIONAL |

**Radicado GECOP No.** _____

Capitan
DIANA MIREYA SANDOVAL DELGADO
Jefe Grupo Financiero HOCEN

**TURNO No.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. SISCO:** | N/A | **No. REGISTRO QUIPU:** | |
| **No. CONTRATO:** | 96-7-20140-22 | **FECHA DE RECIBIDO :** | |
| **VALOR PAGO:** | $585,928,00 | **NUMERO DE RADICADO SIIF:** | |
| **VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :** | N/A | **CONTRATISTA:.** | Leidy Katherine Ipuz Soto |
| **No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO** | 4 | **NIT DEL CONTRATISTA:** | 1012453260 |

**DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS**

1 EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO — SI _____ NO X

2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO — SI _____ NO X

3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO — SI _____ NO X

**ENDOSADA A:** N/A **CUENTA BANCARIA:** 912029584 **AHORROS**

4 NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) _____

| | |
|---|---|
| 5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) | OK |
| 6. FACTURA ORIGINAL: | OK |
| 7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: 07/07/22 | OK |
| 8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: N/A | |
| 8 1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN N/A | |
| 9 APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA PUBLICADA EN SECOP | OK |
| 10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP | OK |
| 11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. | N/A |
| 12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP | N/A |
| 13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP. | N/A |
| 14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTICULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, | OK |

**OBSERVACIONES :** _____

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF SI X NO ____

CPS - MARIA ALEJANDRA JARAMILLO
Analista Central de Cuentas HOCEN

**ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO**

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____ FIRMA _____

**REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.** SI_____ NO_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____ Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____

| | |
|---|---|
| Ciudad y Fecha | BOGOTA D.C 1 AGOSTO 2022 |
| Unidad: | HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL |
| Tipo de contrato | <table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></table> |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | No. 96-7-20140-22 |
| Constancia de recibido No. | No. 4 |
| Contratista: | Leidy Katherine Ipaz Salas |
| NIT del contratista: | 1012453260 |
| 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): | N/A |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | $ 7.929.640,00 |
| Plazo de ejecución: | 05/04/22 a 04/09/22 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | N/A |
| Lugar de ejecución y/o entrega | **HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL** CARRERA 59 #26-21 CAN |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO___ | |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | **CT. MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES** Jefe Departamento de Enfermería |

| | |
|---|---|
| Fecha de entrega certificada: | 1 al 30 Julio 2022 |
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2022. | |

| Unidad | Recurso | Descripción del o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o a descontar | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HOCEN | 16 | AUXILIAR | 1585,928 | 1585,928 | N/A | 1585,928 |

| | |
|---|---|
| Acta de recepción de bienes | N/A |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 4 | 1 AGOSTO 2022 | 1'585,928 | | 1585,928 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | 1585,928 | | 1585,928 |

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista **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.

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO Si X No__ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Las pactadas en la Cláusula N°5, actividades especificas para la prestación del servicio. | | |

**NOTA:** para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**CT. MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES**
Jefe Departamento Enfermería HOCEN

# CUENTA DE COBRO N° 4

Bogotá D.C, **1 AGOSTO 2022**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

Leidy Katherine Ipaz Salas identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1012453260 expedida en Bogota la suma de 1585'928,00 por concepto de las actividades desempeñadas del ( 1 ) al ( 30 ) del mes de Julio del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96 - 7 - 20140 - 22 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° 9120295 84 del Banco BBVA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Leidy Ipaz Salas

Nombres y apellidos: Leidy Katherine Ipaz Salas

CC. 1012453260

Teléfono: 3024036254

Bogotá D.C, **1 AGOSTO 2022**

Señores:
Hospital Central de la Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Leidy Katherine Ipaz Salas identificada con cédula de ciudadanía N° 1012453260 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 el **Hospital Central de la Policía Nacional**, además mi condición es de NO **Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

Firma: Leidy Ipaz Salas

Nombres y apellidos: Leidy Katherine Ipaz Salas

Cedula: 1012453260

BOGOTA, 1 AGOSTO 2022

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Leidy Katherine Ipuz Salas en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1012453260, de Bogotá 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. 96-7-20140-22 con el Hospital Central de la Policía Nacional.

| VALOR A COTIZAR | | VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 10472679 33 |
|---|---|---|
| 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 | 24 000,00 |
| ADMINISTRATIVOS 0,522% | | |

Cordialmente,

**Firma:** Leidy Ipuz Salas

**Nombres y Apellidos: :** Leidy Katherine Ipuz Salas
**Cedula:** 1012453260
**Telefono:** 3024036254

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2022-07-07, 08:33:27 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1047267933

**Periodo Cotización:** junio de 2022 **Periodo Servicio:** junio de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8870404280

**PAGADO 07/07/2022**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LEYDY KATHERINE IPUZ SALAS | | |
| **Documento** | CC1012453260 | **Dirección** | CR 56F #88 H - 76 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3024036254 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | UNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | VSP | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VST | IRP | Días APF | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Min Educ | Total |
| CC 1012453260 | LEYDY KATHERINE IPUZ SALAS | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (23)301) PORVENIR | $ 1.000.000 | $ 160.000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.000.000 | $ 125.000 | 2.436 | $ 1.000.000 | $ 24.400 | (CCF21) CAFAV | $ 1.000.000 | $ 20.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 329.400 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.000.000 | $ 1.000.000 | $ 1.000.000 | $ 1.000.000 | $ 160.000 | $ 125.000 | $ 24.400 | $ 20.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 329.400 | $ 0 | $ 329.400 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE. Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 65 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!