POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

**FORMATO No. 7**

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO**

**(Administrativo)**

| Fecha de Elaboración | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Día | 1 | Mes | 12 | Año | 2018 |

| Periodo que se Certifica | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Desde | | | Hasta | | |
| Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| 01 | 12 | 2018 | 31 | 12 | 2018 |

**I. Ubicación:** Hace referencia al lugar donde se ejecuto el servicio contratado, de acuerdo con la estructura de la Resolución 3523 de 2009

1. Unidad / U.S.P: **SECCIONAL SANIDAD HUILA**
2. Dependencia / Área: **CONSULTA ESPECIALIZADA**
3. Servicio / Grupo: **MEDICO OPTOMETRA**

**II. Datos del Contratista**

| 1. Apellidos y Nombres: | 2. No. Documento de Identidad: |
|---|---|
| **ELIANA VANNESA TABORDA CANTILLO** | **1.030.641.363** |

3. Profesión:
**OPTOMETRA**

4. Especialidad:
**OPTOMETRÍA**

5. Objeto del Contrato:

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTION COMO OPTOMETRA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA SECCIONAL DE SANIDAD HUILA

| 6. Contrato No: | Asistencial | Administrativo |
|---|---|---|
| **85-7-20151-2018** | X | - |

| **III. Informe de Actividades Mensual** (Escriba las principales actividades realizadas o en ejecución por el contratista) | **Cantidad** |
|---|---|
| ATENCION PACIENTES CONSULTA EXTERNA | **340** |
| 0 | **0** |
| 0 | **0** |
| 0 | **0** |
| OO | **0** |
| OO | **0** |
| OO | **0** |

| VALOR A COTIZAR | | VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA NUMERO 8556908175 | DIFERENCIA |
|---|---|---|---|
| HONORARIOS MENSUALES | 1.539.720,00 | | |
| BASE COTIZACION 40% | 781.242,00 | | |
| APORTE SALUD 12,5% | **97.655,25** | 97.700,00 | (44,75) |
| APORTE PENSION 16% | **124.998,72** | 125.000,00 | (1,28) |
| **APORTE RIESGOS PROFESIONALES** | | | |
| ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS 2,436% | **19.031,06** | 19.100,00 | (68,94) |
| **TOTALES** | **241.685,03** | **241.800,00** | |

| **IV. Cumplimiento y Aportes** | **SI** | **NO** | **Entidad** |
|---|---|---|---|
| 1. Objeto del Contrato | X | | |
| 2. Pago Salud | X | | |
| 3. Pago Pension | X | | |
| 4. Pago Riesgos Profesionales | X | | |

**NOTA:** El no pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en el monto correspondiente de ley podrá dar lugar a la imposición de multas por incumplimiento. En caso de ser reiterativo dara lugar a la caducidad del contrato. (Articulo 1° Ley 828 del 2003)
* Los pagos derivados del presente contrato quedaran sujetos a la verificacion por parte del supervisor del cumplimiento de los aportes al SGSSS y en caso de presentarse diferencia la Direccion de Sanidad procedera a retener y girar las sumas adeudadas al Sistema General de Seguridad Social. (Articulo 2 del Decreto 129 del 21 de enero de 2010).
* A la presente Certificacion de Cumplimiento debera adjuntarse informe de actividades y la cuenta de cobro.

**OBSERVACIONES:**

0

**TS-27 ANGELICA BONILLA**

**RESPONSABLE DE AFILIACION SECSA DEUIL**