No. 01 HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA

BOGOTA 28 de DICIEMBRE 2022

Teniente Coronel
JUAN PABLO BLANCO SIERRA
Director Hospital Central
Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato 96-7-20745-22

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**28 diciembre 2022**	**Hasta**	**30 diciembre 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 189 del 19 de noviembre 2021, 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 Teniente. **YISEL ALEJANDRA DIAZ ESCOBA** Jefe del Grupo de Hotelería Hospitalaria

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

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**96-7-201616-22**
Objeto del Contrato	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL
Contratista	**ERLENY PATRICIA BENAVIDES IBARRA**
Representante legal	
Valor inicial del contrato	**$24.891.661,80**
Valor adiciones del contrato	NO APLICA
Plazo de ejecución inicial	**5 meses y 03 dias**
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	**28 de Diciembre 2022**
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)	**30 de Mayo 2023**
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

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	SI	

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 , la cual corresponde al mes de

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 (3) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (200) 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 **CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL DIEZ Y SEIS PESOS M/CTE ($ 4.437.016,00)** 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**
Valor total del contrato	$24.891.661,80	-
Valor total de las entregas	$ 488.071,80	10%
Valor total facturado	$ 488.071,80	10%
Valor facturado pendiente de pago	$ 488.071,80	10%
Valor pagado	$ 488.071,80	10%
Valor pendiente de entrega	$ 24.403.590,80	10%

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_____

- Teniente. **YISEL ALEJANDRA DIAZ ESCOBA**
- Jefe del Grupo de Hotelería Hospitalaria Hospital Central

Supervisor de Contrato No.96-7-20745-22

hocen.gruho@policia.gov.co
Telefono 5804401 - 2505

8Ciudad y fecha:	Bogotá D.C 01 Febrero del 2023
Unidad:	HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL

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.	PN. DISAN HOCEN 96-7- 201616-22
Constancia de recibido No.	1
Contratista:	ERLENY PATRICIA BENAVIDES IBARRA
NIT del contratista:	59.673.987
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION DE SERVICIO PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$ 24.891.661.80
Plazo de ejecución:	Contrato 28/12/2022 al 30/05/2023
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_	N/A
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Teniente. **YISEL ALEJANDRA DIAZ ESCOBA** Jefe Del Grupo de Hotelería Hospitalaria
Fecha de entrega certificada:	Del: 28/12/2022 al 30/12/2022

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
HOCEN	16	Médico General	488.071,80	488071, 80		488071, 80

(indicar la vigencia del valor de la entrega 2023)

N/A

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
1	01 febrero /2023	$ 488.071,80		$ 488.071,80
Valor total bienes y/o servicios recibidos				$ 488.071,80

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Informe de Actividades Mensual los servicios se presentaron 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. 01 de fecha 01 Febrero de 2023.

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 __ No___	Observaciones y Evidencias
1	Las pactadas en la clausura No. 2, actividades específicas para la prestaciones del servicio listadas en el informe de supervisión.	SI	

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.

Teniente. **YISEL ALEJANDRA DIAZ ESCOBA**
Jefe del Grupo de Hotelería Hospitalaria

Bogotá D.C. 01 Febrero - 2023

Señores:
Hospital central
Policía Nacional
Bogotá

Respetados señores;

Yo **ERLENY PATRICIA BENAVIDES IBARRA,** identificado con Cedula de Ciudadanía No. **59.673.987** de Tumaco, 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 una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesionales liberales desarrollada en el **HOSPITAL CENTRAL**, además mi condición si es de **Declarante** del impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

ERLENY PATRICIA BENAVIDES IBARRA
C.C: 59.673.987 de Tumaco
Teléfono: 3164622339

Bogotá D.C. _____

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Bogotá

Respetados señores;

Yo **ERLENY PATRICIA BENAVIDES IBARRA,** identificado con Cedula de Ciudadanía No. **59.673.987** de Tumaco, para los efectos previstos en el Articulo 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 riegos 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. No.96-7-20161622suscrito con el HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL.

VALOR A COTIZAR		**VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No.** 25252291
HORARIOS MENSUALES		
BASE COTIZACION 40%		
APORTE SALUD 12.5%		
APORTE PENSION 16%		
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2.436%		
ADMINISTRATIVOS 0.522%		

Cordialmente,

_____
ERLENY PATRICIA BENAVIDES IBARRA
C.C: 59.673.987 de Tumaco
Teléfono: 3164622339

Bogotá D.C. 01 Febrero - 2026

CUENTA DE COBRO No. 1

DIRECCION DE SANIDAD – HOSPITAL CENTRAL

NIT: 830.067.597-4

DEBE A:

Yo **ERLENY PATRICIA BENAVIDES IBARRA,** identificado con Cedula de Ciudadanía No.**59.673.987** de Tumaco, la suma de $ 488.071.80 por concepto de las actividades desempeñadas del 28 al 30 mes de DICIEMBRE del año en curso de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestación de servicio No. 96-7-201616-22 suscrito con el HOSPITAL CENTRAL, para prestar mis servicios como médico general.

Favor consignar en la cuenta de ahorros No. 100700031873 del Banco Davivienda cuenta de Ahorro de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

ERLENY PATRICIA BENAVIDES IBARRA
C.C: 59.673.987 de Tumaco
Teléfono: 3164622339

Bogotá D.C. 01- Febrero 2023

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Bogotá

Respetados señores;

Yo **ERLENY PATRICIA BENAVIDES IBARRA,** identificado con Cedula de Ciudadanía No. **59.673.987** de Tumaco, para los efectos previstos en el Articulo 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 riegos 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. No967-2016-16 22suscrito con el HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL.

VALOR A COTIZAR		**VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No.**
HORARIOS MENSUALES	7886.071.00	
BASE COTIZACION 40%		
APORTE SALUD 12.5%		
APORTE PENSION 16%		
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2.436%		
ADMINISTRATIVOS 0.522%		

Cordialmente,

ERLENY PATRICIA BENAVIDES IBARRA
C.C: 59.673.987 de Tumaco
Teléfono: 3164622339

Bogotá D.C. 01 FEBRERO - 2023

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Bogotá

Respetados señores;

Yo **ERLENY PATRICIA BENAVIDES IBARRA,** identificado con Cedula de Ciudadanía No. **59.673.987** de Tumaco, para los efectos previstos en el Articulo 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 riegos 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. 96-7-201616-22 suscrito con el HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL.

VALOR A COTIZAR		**VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 24796899**
HORARIOS MENSUALES	$ 4.880.718,00	$ 4.880.718,00
BASE COTIZACION 40%	1.952.287,20	$ 1.952.287,20
APORTE SALUD 12.5%	244.035.90	$ 290.500
APORTE PENSION 16%	312.365.95	$ 371.900
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2.436%	47.557.72	$ 56.700
ADMINISTRATIVOS 0.522%		

Cordialmente,

ERLENY PATRICIA BENAVIDES IBARRA
C.C: 59.673.987 de Tumaco
Teléfono: 3164622339

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	ERLENY PATRICIA BENAVIDES IBARRA
IDENTIFICACION:	CC-59673987
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-11-12
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-11-22
FECHA DE PAGO:	2022-11-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2022-10
PERIODO SALUD:	2022-10
NUMERO PLANILLA:	24796899
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	24796899
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VA
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 2.324.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 290.500	
25-14	860336004	COLPENSIONES	1	$ 2.324.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.900	
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 2.324.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 56.700	
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 719.100	

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	21/12/2022

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	ERLENY PATRICIA BENAVIDES IBARRA
IDENTIFICACION:	CC-59673987
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-12-12
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-12-21
FECHA DE PAGO:	2022-12-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2022-11
PERIODO SALUD:	2022-11
NUMERO PLANILLA:	25039182
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	25039182
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 2.407.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300.900	$ 300.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 2.407.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 385.200	$ 385.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 2.407.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 58.700	$ 58.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 744.800	$ 744.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/01/2023

Código: 2BS-FR-0021 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	POLICÍA NACIONAL

Radicado GECOP No. _____

Capitan
DIANA MIREYA SANDOVAL
Jefe Grupo Financiero HOCEN

TURNO No.

No. SISCO:		**No. REGISTRO QUIPU**	
No. CONTRATO:	96-7-201616-22	**FECHA DE RECIBIDO :**	
VALOR PAGO:	432,071,80	**NUMERO DE RADICADO SIIF:**	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :		**CONTRATISTA:**	ERLENY PATRICIA BENAVIDEZ
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	1	**NIT DEL CONTRATISTA:**	59673987

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 BANCO DAVIVIENDA:_100700031873** __

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:	OK
8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: N/A	
8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN): 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 : N/A

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

AA28 KAREN BULLA BEJARANO
Analista Central de Cuentas

Código: 2BS-FR-0021	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Fecha: 12-03-2021	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	
Versión: 5		

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

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

SI_____ **NO**_____

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

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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