No. 06 HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA

BOGOTA 10 de Mayo 2023

Teniente Coronel
JUAN PABLO BLANCO SIERRA
Director Hospital Central
Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato 96-7-201616-22

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01 MAYO 2023**	**Hasta**	**30 MAYO 2023**

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 ESCOBAR Jefe del Departamento de hospitalización

- **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	$ 36.280.003,80
Valor adiciones del contrato	$ 11.388.342,00
Plazo de ejecución inicial	**05 MESES 3 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 2022**
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	01 junio de 2023
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	10 agosto de 2023
Adiciones	Si
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 ABRIL

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 (150) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (0) 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 OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS DIESIOCHO M/CTE ($ 4.488.178,00)** 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	$ 36.280.003,80	-
Valor total de las entregas	$24.891.661.80	80%
Valor total facturado	$24.891.661.80	80%
Valor facturado pendiente de pago	**$ 11.388.342.00**	20%
Valor pagado	$24.891.661.80	80%
Valor pendiente de entrega	**$ 11.388.342.00**	20%

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 EZCOBAR**
- Jefe del Departamento de Hospitalización Hospital Central

Supervisor de Contrato No. 96-7-201616-22

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

Bogotá D.C. MAYO 2023

CUENTA DE COBRO No. 06

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 $ 4.880.718.00 por concepto de las actividades desempeñadas del mes de MAYO del presente año, 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

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:	2023-05-16
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-05-19
FECHA DE PAGO:	2023-05-16
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2023-04
PERIODO SALUD:	2023-04
NUMERO PLANILLA:	26482662
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	26482662
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 2.454.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 306.800
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 2.454.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 392.700
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 2.454.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 59.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 759.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/06/2023

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:	488,071,80	**NUMERO DE RADICADO SIIF:**	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :		**CONTRATISTA:.**	ERLENY PATRICIA BENAVIDEZ
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	6	**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. PUBLICACIÓN 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:** _____