No. 08 HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA

BOGOTA SEPTIEMBRE 2023

Coronel
CARLOS ALIRIO FUENTES DURAN
Director Hospital Central Policía Nacional
Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato 96-7- 20048-23

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	01 DE SEPTIEMBRE 2023	Hasta	30 DE SEPTIEMBRE DE 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 Resolución número 2562 del 05 de julio 2023, el señor Coronel CARLOS ALIRIO FUENTES DURAN, obrando en calidad de director Hospital Central de la Policía, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto a la Terapeuta respiratoria Erika Montañez Ramírez.

- **Periodicidad estabiecida para la entrega del informe de supervisión:** Mensual
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:** 08

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**96-7- 20048-23**
Objeto del Contrato	LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO ASISTENCIAL -TERAPEUTA RESPIRATORIO
Contratista	GIL RUIZ MARIA ANTONIA
Representante legal	
Valor inicial del contrato	$ 24.922.878,20
Valor adiciones del contrato	NO APLICA
Plazo de ejecución inicial	DOS (09) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	**08 de FEBRERO 2023**
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)	**22 de OCTUBRE 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	SI	

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 planillas pagadas **70349238**, la cual corresponde al mes de **AGOSTO** 2023

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Contrato sin presentar novedades a la fecha.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (231) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (22) 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 DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS **($ 2.955.282,00))** de acuerdo a la Resolución N° 300 del 24/06/2022 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	$ 24.922.878,20	-
Valor total de las entregas	$ 22.755.671,40	91%
Valor total facturado	$ 22.755.671,40	91%
Valor facturado pendiente de pago	$ 2.167.206,80	9%
Valor pagado	$ 2.955.282,00	
Valor pendiente de entrega	$ 2.167.206,80	9%

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 Erika Montañez R

SM- 14 ERIKA MONTAÑEZ RAMIREZ
Jefe Servicio Terapia Respiratoria Hospital Central
Supervisor de Contrato No. 96-7- 20048-23
hocen.demed@policia.gov.co
Telefono 580 44 01- ext. 2115

Ciudad y fecha:	Bogotá Septiembre 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.	No. 96-7- 20048-23
Constancia de recibido No.	8
Contratista:	María Antonia Gil Ruiz
NIT del contratista:	CC. 51.846.923
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	Prestación servicios profesionales como profesional universitario asistencial-terapeuta respiratorio.
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:	$ 24.922.878,20
Plazo de ejecución:	08/02/2023 al 22/10/2023
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	N/A
Lugar de ejecución y/o entrega	Hospital Central de La Policía Nacional.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM- 14 Erika Montañez Ramírez Responsable del Servicio de Terapia Respiratoria HOCEN

Fecha de entrega certificada:	Del: Mes de Septiembre de 2023
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2023.	
Acta de recepción de bienes	N/A

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
HOCEN	16	CPS	$2.955.282,00	$2.955.282,00	N/A	$2.955.282,00

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
8	Septiembre 2023	$2.955.282,00		$2.955.282,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$2.955.282,00		$2.955.282,00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Realizar procedimientos de terapia respiratoria en pisos, unidades de cuidados intensivos, hospitalizados, consulta externa, urgencias, Hocas, traslados pacientes externos e internos, traslado de pacientes de orden público, programas de rehabilitación y control de pacientes crónicos, laboratorio de pruebas de función pulmonar, y demás servicios del HOCEN donde se requiera

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 cláusula No. __5__ actividades específicas para la prestación 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.

FIRMA DEL SUPERVISOR
SM-14 ERIKA MONTAÑEZ RAMIREZ
Responsable del Servicio de Terapia Respiratoria

CUENTA DE COBRO N° 08

BOGOTA D.C. SEPTIEMBRE DE 2023

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL

NIT 830.067.597- 4

DEBE A:

MARIA ANTONIA GIL RUIZ identificado **con Cédula de Ciudadanía No 51.846.923 expedida en Bogotá, la suma de $2.955.282,00** por concepto de las actividades desempeñadas durante mes de **SEPTIEMBRE del presente año**, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **96-7-20048-23** suscrito con el **HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL** para prestar mis servicios como **TERAPEUTA RESPIRATORIO**

Favor consignar en la cuenta de Ahorros **No 004800286660 BANCO DAVIVIENDA** de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

ANTONIA GIL

MARIA ANTONIA GIL RUIZ
Cedula de ciudadanía 51.846.923 de Bogotá
CEL. 3202768501

BOGOTA D.C. SEPTIEMBRE DEL 2023

Señores:

HOSPITAL CENTRAL

Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores

Yo, **MARIA ANTONIA GIL RUIZ** identificada con cédula de ciudadanía N° **51.846.923** expedida en Bogotá para los efectos previstos en la Ley 1607 de 2012 y el Decreto reglamentario 0099 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certificó 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 de **DECLARANTE** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

ANTONIA GIL

MARIA ANTONIA GIL RUIZ
Cedula de ciudadanía 51.846.923 de Bogotá
CEL. 3202768501

BOGOTA D.C SEPTIEMBRE DEL 2023

Señores:
~~**Hospital Central Bogotá**~~
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores
Yo, **MARIA ANTONIA GIL RUIZ** en calidad de contratista identificada con cédula de ciudadanía N° **51.846.923 expedida en Bogotá** para los efectos previstos en el Artículo 4, Párrafo 1° del Decreto 2271 de 2009, certificó bajo la gravedad de juramento, de los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema general de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos laborales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12'5% salud, 16% pensión y riesgos laborales para administrativos del 0,522%O SI ES ASISTENCIAL DEL 2,436%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, correspondientes a los ingresos provenientes del contrato N° **96-7-20048-23** la Policía Nacional Dirección de Sanidad HOSPITAL CENTRAL.

CONTRATISTA PROFESIONAL		
VALOR A COTIZAR		**VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA** ***No.70349238***
HONORARIOS MENSUALES	**$2.955.282,00**	**$2.955.282,00**
BASE COTIZACIÓN 40%	**$1.182.112,80**	**$1.183.000.00**
APORTE SALUD 12,5%	**$147.764.10**	**$148.460,00**
APORTE PENSIÓN 16%	**$189.138.05**	**$190.200 ,00**
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	**$28.796.27**	**$29.100 ,00**
~~ADMINISTRATIVOS 0,522%~~		

ANTONIA GIL

MARIA ANTONIA GIL RUIZ

Cedula de ciudadanía 51.846.923 de Bogotá
CEL. 3202768501

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51845923	MARIA ANTONIA GIL RUIZ		AV. CRA. 68 No.67c-24	7417540	magr9231@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	11/09/2023	70349238	$391.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	147.900	0		0		0	4	700	0	148.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23100	Colfondos	800227940-6	189.300	0	0	0	0	4	900	0	190.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	28.900				28.900	4	200	29.100			289	29.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.700	4	200	23.900	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	147.900	148.600
Pensión	1	189.300	190.200
Riesgos Laborales	1	28.900	29.100
CCF	1	23.700	23.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	389.800	391.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información