CODIGO: 2BS-FR-0019	PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
FECHA: 219-08-2015	INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	
VERSION: 4		

Bogotá D.C. NOVIEMBRE 2022

No. _03___ HOCEN - DEQUI _____

Teniente Coronel
JUAN PABLO BLANCO SIERRA
Director Hospital Central
Bogota

Asunto: Informe de supervision contrato No. 96-7-20908-22 Mes reportado OCTUBRE 2022

1. PRÓRROGA No.		2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS
INCIO:	TERMINO:	FECHA:	FECHA:	FECHA:

5. OBJETO	6. CONTRATISTA	7. PLAZO DE EJECUCION	BIENES Y/O SERVICIOS CONTRATADOS			RECIBIDO		PENDIENTE POR RECEPCION		15. OBSERVACIONES
			8. DESCRIPCION	9. CANTIDAD	10. VALOR	11. CANTIDAD	12. VALOR	13. CANTIDAD	14. VALOR	
PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO CIRUJANO DE MANO	MARIA CAMILA GARCIA	Vigencia	CIRUJANO DE MANO	3 MESES	18.991.221,00	5	1.055.067,83	85	17.936.153,17	SE HA EJECUTADO EL 72%. EL SERVICIO SE HA RECIBIDO A ENTERA SATISFACCION Y EL CONTRATISTA REALIZO TODOS LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.
		INICIO: 26 AGOSTO 2022				30	6.330.407,00	55	11.605.746,17	
		TERMINO: 25 NOVIEMBRE 2022				30	6.330.407,00	25	5.275.339,17	
		Adición:								
		Inicio:								
		termino:								
		VALOR TOTAL	18.991.221,00							

	SI: _X___	
	NO. ____	18. En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, diligenciar el numeral 19 del presente formato, para lo cual anexo comunicación oficial No_____ de: _____, mediante la cual se informa al ordenador del gasto, el no cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato.

CODIGO: 2BS-FR-0019	PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
FECHA: 219-08-2015	INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	
VERSION: 4		

19. RELACIÓN DE OBLIGACIONES INCUMPLICAS

20. ÍTEM Y/O NUMERAL	21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	22. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCUMPLIMIENTO.

23. DOCUMENTOS TÉCNICOS OBLIGATORIOS ESTABLECIDOS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, INCLUYENDO LAS AMBIENTALES, DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Y OTROS.

24. ÍTEM Y/O NUMERAL	25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	26. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES

Para el caso de prestación de servicios personales o profesionales que afecten la conformidad del servicio: fecha en la cual le fue suministrada la inducción establecida _____ Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI ___ NO ___

Grado y Nombre del Supervisor: HERNANDO LAVERDE GUTIERREZ

Firma _____

Cargo: _____ JEFE SERVICIO DE CIRUGIA DE MANO

Teléfono: _____ 5604401

Anexos: (Soportes Pago)

Ciudad y fecha:	BOGOTA D.C, 1 NOVIEMBRE 2022
Unidad:	HOSPITA CENTRAL DE LA 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.	96-7-20908-22
Constancia de recibido No.	03
Contratista:	MARIA CAMILA GARCIA
NIT del contratista:	53178795
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	CIRUJANO DE MANO
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:	$ 18.991.221.00
Plazo de ejecución:	26/08/2022 AL 25/11/2022
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	N/A
Lugar de ejecución y/o entrega	HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	DR. HERNANDO LAVERDE GUTIERREZ JEFE SERVICIO CIRUGIA DE MANO

Fecha de entrega certificada:	OCTUBRE 2022
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2022	
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	CIRUJANO DE MANO	$6.330.407,00	$6.330.407,00	0	$6.330.407,00

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
3	1 NOVIEMBRE 2022	$16.330.407,00		$6.330.407,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos				$6.330.407,00

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, avala el pago de la factura de venta N° 3 de fecha 1 NOVIEMBRE 2022

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 específicas para la prestación del servicio.	X	

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.

DR. HERNANDO LAVERDE GUTIERREZ
JEFE SERVICIO CIRUGIA DE MANO

Bogotá D.C. 01 NOVIEMBRE 2022

CUENTA DE COBRO N° 03
EL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL
NIT .830.067.597.4
DEBE A:

MARIA CAMILA GARCIA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 53178795, la suma de ($6.330.407) por concepto de las actividades desempeñadas EN EL MES DE OCTUBRE del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-20908-22 suscrito con el Hospital Central de la policía Nacional para prestar mis servicios como ORTOPEDISTA

Favor consignar en la cuenta de ahorros No 087815747 de BANCO AV VILLAS de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

MARIA CAMILA GARCIA
CC: 53178795

Bogotá D.C. 01 NOVIEMBRE 2022

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores:

Yo, MARIA CAMILA GARCIA identificado con cédula de ciudadanía a N° 53178795, 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 60% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en el **HOSPITAL CENTRAL**, además mi condición es de **Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

MARIA CAMILA GARCIA
CC: 53178795

Bogotá D. C., 01 NOVIEMBRE 2022

Señores:
HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, MARIA CAMILA GARCIA, en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N. 53178795 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. 96-7-20908-22 con el Hospital Central de la Policia Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 62294620
HONORARIOS MENSUALES	6.330.407,00	6.330.407,00
BASE COTIZACION 40%	2.532.162,80	2.532.162,80
APORTE SALUD 12,5%	316.520,35	$ 467.800,00
APORTE PENSION 16%	405.146,05	$ 598.700,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ADMINISTRATIVOS 0,522%		
ASISTENCIALES 2,436%	61.683,49	$ 91.300,00

Cordialmente,

MARIA CAMILA GARCIA
C.C 53178795

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
53178795	MARIA CAMILA GARCIA SERRANO		calle 114 a # 18 c 30 apto 402	3106669261	mariacamilagarciaserrano@gmail.com	
CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	I		62294620	$1.157.800	

ALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
Nueva EPS	900156264-2	460.000	0		0		0	18	7.800	0	467.800	1

TOTALES PENSIÓN

Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
Porvenir	800224808-8	588.800	0	0	0	0	18	9.900	0	598.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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										
ARL SURA	890903790-5	89.700				89.700	18	1.600	91.300			897	91.300	1

TOTALES CAJAS

CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA			
0	0	0	0
ICBF			
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	460.000	467.800
Pensión	1	588.800	598.700
Riesgos Laborales	1	89.700	91.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.138.500	1.157.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar. Prohibida su diseminación

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	53178795	MARIA CAMILA GARCIA SERRANO		calle 114 a # 18 c 30 apto 402	3106669261	mariacamilagarciaserrano@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - 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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	1		62294620	$1.157.800	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotizacion	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotizacion / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotizacion	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	53178795	GARCIA SERRANO MARIA CAMILA	59	0			N																	230301	3.680.000	588.800	0	0	0	0	EPS037	3.680.000	460.000	14-11	3.680.000	3	89.700		0	0	0	0	0	0	0

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

·O	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
:	53178795	MARIA CAMILA GARCIA SERRANO		calle 114 a # 18 c 30 apto 402	3106669261	mariacamilagarciaserrano@gmail.com	
MA TACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
CA	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	I	14/10/2022	82294620	$1.162.100	

ALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

·S	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
	Nueva EPS	900156264-2	460.000	0		0		0	22	9.500	0	469.500	1

TOTALES PENSIÓN

·P	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
	Porvenir	800224808-8	588.800	0	0	0	0	22	12.200	0	601.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

RL	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										
	ARL SURA	890903790-5	89.700				89.700	22	1.900	91.600			897	91.600	1

TOTALES CAJAS

CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

·orte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
	0	0	0	0
ICBF				
	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	460.000	469.500
Pensión	1	588.800	601.000
Riesgos Laborales	1	89.700	91.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.138.500	1.162.100

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53178795	MARIA CAMILA GARCIA SERRANO	calle 114 a # 18 c 30 apto 402	3106669261	mariacamilagarciaserrano@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2022-08	2022-08	I	14/10/2022	62294620	$1.162.100

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Codigo CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	53178795	GARCIA SERRANO MARIA CAMILA	59	0			N																	230301	3.680.000	588.800	0	0	0	0	EPS037	3.680.000	460.000	14-11	3.680.000	3	89.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar. Prohibida su reproducción.