CODIGO: 2BS-FR-0019	PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
FECHA: 18-08-2015		
VERSION: 4	INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	

Bogotá D.C., 5 de Mayo de 2018

No. 8 ENFER - HOCEN

Señor Capitan
FABIO ALEXANDER MUÑOZ PEDRAZA
Jefe Contratos Hospital Central
Ciudad.-

Asunto: Informe de supervision contrato 96-7-20627-17 Mes Reportado: **ABRIL**

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	
1.LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO ASISTENCIAL - ENFERMERO PROFESIONAL.	GONZALEZ ZABALA FLOR MAYDE	Vigencia:	ENFERMERO PROFESIONAL	9	$ 22.374.000,00							EL CONTRATISTA REALIZO TODOS LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y EL SERVICIO RECIBE CON UN PORCENTAJE DE EJECUCION A LA FECHA DE:
		incio										
		27-sep-17		MESES		SEP	4	$ 331.466,67	DIAS	266	$ 22.042.533,33	
		termino				OCT	30	$ 2.486.000,00	DIAS	236	$ 19.556.533,33	
		26-jun-18				NOV	30	$ 2.486.000,00	DIAS	206	$ 17.070.533,33	
		Adición:		DIAS		DIC	30	$ 2.486.000,00	DIAS	176	$ 14.584.533,33	79,26 %
						ENE	30	$ 2.486.000,00	DIAS	146	$ 12.098.533,33	
		Inicio				FEB	30	$ 2.486.000,00	DIAS	116	$ 9.612.533,33	
						MAR	30	$ 2.486.000,00	DIAS	86	$ 7.126.533,33	
		termino	8 HORAS	0		ABR	30	$ 2.486.000,00	DIAS	56	$ 4.640.533,33	0
		VALOR TOTAL	$		22.374.000,00			$ 17.733.466,67				

16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales?		
	SI. X	17. Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes, descritos en el numeral 23. del presente formato.
	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_____ del _____, mediante la cual se informa al ordenador del gasto, el no cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato.

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

23. DOCUMENTOS TÈCNICOS 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.

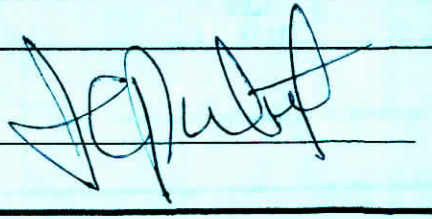
Para el caso de prestación de servicios personales o profesionales que afecten la conformidad del servicio: fecha en la cual le fue suministrada la inducción establecida _____ Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI **X** NO ___

Grado y Nombre del Supervisor Teniente JUDY CONSTANZA PALMA HERNANDEZ

Cargo. Jefe del Departamento de Enfermeria HOCEN

Teléfonos: 2202030

Firma _____



Anexos: Copia del Formato N° 6 Certificacion de Cumplimiento - Copia de la Cuenta de Cobro - Informe de los Procesos, Procedimientos, actividades y resultados del contratista - Copia de la planilla de pago de salud, Pension y ARL.

Página 1 de 2 Código: 2BS-FR-0045 Fecha: 22-05-2015 Versión: 2	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS CONSTANCIA RECIBIDO A SATISFACCIÒN	POLICIA NACIONAL

1CIUDAD Y FECHA:	Bogotá, D.C. **01 MAYO DE 2018.**
CONTRATO N°:	96-7-20627-17
CONTRATISTA:	Flor Maide González Zabala C.C 1075669442
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO PROFESIONAL
VALOR DEL CONTRATO: $	$ 22.374.000
PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIO Y TERMINACION):	27 de septiembre 2017 al 26 junio 2018
FECHA DE ENTREGA:	Periodo comprendido: 01 de abril al 30 de abril 2018
DIAS DE ATRASO EN LA ENTREGA:	
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y CARGO QUE DESEMPEÑA:	**Teniente JUDY CONSTANZA PALMA HERNANDEZ** Jefe Departamento Enfermería HOCEN
VALOR CORRESPONDIENTE A ESTA ENTREGA	$2'486.000
RECEPCION DE LOS BIENES:	Mediante acta de recepción de bienes #_____ de fecha _____, el almacenista efectuó la recepción y verificación de los mismos.

INFORMACION ADICIONAL PARA CONTRATOS DE OBRA, INTERVENTORIA O CONSULTORIA **(Únicamente aplica para contratos de obra y/o interventoría)**

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	
PORCENTAJE DE AVANCE PARA EL PRESENTE CORTE Y ACUMULADO TOTAL DE AVANCE:	
EN EL CORTE SE PRESENTARON MAYORES Y MENORES CANTIDADES DE OBRA:	NO___SI___(siendo aprobado el balance de mayores y menores por parte del ordenador del gasto de fecha:_____
EN EL PRESENTE CORTE SE PRESENTARON ITEMS NO PREVISTOS:	NO___ SI____(Autorizados mediante modificatorio y adicional N°.____ de fecha:_____

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Informe de Actividades Mensual los servicios se prestaron dentro del plazo de ejecucion, 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 N° 8 de fecha **01 MAYO DE 2018**.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DENTRO DEL CARGO:

1. Asistió y participar diariamente en el recibo y entrega de turno para cumplir con las actividades pertinentes.
2. Superviso y asigno las actividades del personal de auxiliares de enfermería a su cargo.
3. Superviso, administro y evaluó el cuidado del paciente.
4. Aplico los procesos de ingreso y egreso hospitalarios.
5. Atendió a los pacientes de alta, mediana y baja complejidad.

6. Solicito los elementos de uso común hospitalario para la atención de cada paciente en cada turno.
7. Solicito los insumos de la central de esterilización para el turno.
8. Conoce y aplica las guías de manejo de enfermería en la atención a nuestro usuario.
9. Administro mezclas y hemocomponentes.
10. Administro los medicamentos prescritos.
11. Asigno actividades del servicio al personal de auxiliares camilleros.
12. Superviso y reviso periódicamente el diligenciamiento de los registros clínicos realizados por el personal de auxiliares de enfermería asignados.
13. Superviso y reviso el diligenciamiento del libro de camillero asignado a su servicio.
14. Colaboro y propendió por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y los derechos de autor, para la debida ejecución de actividades convenidas y no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratos y devolverlos a la institución a la terminaron del presente contrato.
15. Cumplió con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los pacientes.
16. Ejercer su profesión con moral y ética.
17. Realizo los registros de atención diaria de procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizado los informes estadísticos definidos para la normatividad vigente, y todos aquellos registros necesarios para los procesos de costos y facturación.
18. Participo en las brigadas de salud programadas de la Dirección de Sanidad en aquellos sitios donde la entidad lo requiera.

No. Factura y/o Cta. Cobro	Fecha	Valor	Nota crédito o débito	Valor neto
	01 MAYO DE 2018.			
Valor total bienes y/o servicios recibidos				

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL SUPERVISOR
Teniente JUDY CONSTANZA PALMA HERNANDEZ
Jefe Departamento Enfermería HOCEN

CUENTA DE COBRO N° 8

Bogotá D.C, **01 MAYO DE 2018.**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

Flor Mayde Gonzalez Zabala identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1075669442 expedida en Zipaquirá, la suma de $ 2'986.000 por concepto de las actividades desempeñadas entre el (01) al (30) Abril del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-20627-17 suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como Enfermera profesional

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 469970006252 del Banco Davivienda de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma:

Nombres y apellidos Flor Mayde Gonzalez Zabala

CC. 1075669442

Teléfono: 3115074808

Bogotá D.C, **01 MAYO DE 2018.**

Señores:

Hospital Central de la Policia Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo, Flor Mayde Gonzalez Zabala identificada con cédula de ciudadanía a N° 1075669492 de Zipaquirá, 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 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en el **Hospital Central de la Policía Nacional**, además mi condición es de NO **Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

Firma:

Nombres y Apellidos: Flor Mayde Gonzalez Zabala

CC. 1075669492

Bogotá D.C, 01 MAYO DE 2018.

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Fb. Mayde Gonzalez Zabala en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1075664992 de Zipaquira, 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. 96-7-20627-17 con el Hospital Central de la Policia Nacional

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 8477779871
HONORARIOS MENSUALES	2.486.000,00	$ 2'486.000
BASE COTIZACION 40%	994.400,00	$ 994.900
APORTE SALUD 12,5%	124.300,00	$ 190.000
APORTE PENSION 16%	159.100,00	$ 179.200
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	24.223,58	$ 27.300
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

Firma:

Nombres y Apellidos: Fb. Mayde Gonzalez Zabala
Cedula: 1075664992
Telefono 3105074808

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1075664442		GONZALEZ ZABALA FLOR MAYDE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	tranversal 2 #21 85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8510835	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-04	2018-04	268499	8477779871	I	2018/04/10	2018/04/13	BANCO POPULAR	3	$347,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,120,000**	**$179,200**			**$1,120,000**	**$140,000**			**$0**	**$0**			**$1,120,000**	**$27,300**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0
1	CC	1075664442	GONZALEZ FLOR	230301	30	$1,120,000	$179,200	EPS017	30	$1,120,000	$140,000		0	$0	$0	14-28	30	$1,120,000	$27,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0

PAGADO

2018/04/13 12:14 PM