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., 2018 DICIEMBRE

No. 1 ENFER - HOCEN

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

Asunto: Informe de supervision contrato 96-7-201337-18 Mes Reportado: **DICIEMBRE**

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 TECNICO ASISTENCIAL - AUXILIAR DE ENFERMERIA.	RAMIREZ PERALTA BRIGITH	Vigencia:	TECNICO (AUXILIAR DE ENFERMERIA)	4	$ 5.662.670,00	DIC	19	$ 722.085,50	DIAS 130	$ 4.940.584,50	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									
		12-dic-18		MESES							12,75 %
		termino									
		10-may-19									
		Adición:		DIAS							
		3 MESES									
		Inicio									
		30-jul-18		29							INICIO CONTRATO 12 DICIEMBRE 2018
		termino	8 HORAS								
		19-oct-18									
		VALOR TOTAL	$		5.662.670,00			$ 722.085,50			

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

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá, D.C. **DICIEMBRE DE 2018.**
CONTRATO N°:	96-7-201337-18
CONTRATISTA:	BRIGITH RAMIREZ CC. 51,872,161
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO ***TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA***
VALOR DEL CONTRATO: $	5,662,670,50
PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIO Y TERMINACION):	12diciembre 2018 al 10 mayo 2019
FECHA DE ENTREGA:	Periodo comprendido: 12 diciembre al 30 diciembre 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	722,089,50
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 ÍTEMS 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°** 1 de fecha **DICIEMBRE DE 2018**.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DENTRO DEL CARGO:

1. Realizo el recibo y entrega de turno para cumplir con las actividades pertinentes.
2. Ejecuto el plan de actividades de enfermería.
3. Realizo el correcto diligenciamiento de los registros clínicos.
4. Realizo la atención de ingresos, egresos y traslado de pacientes.
5. Realizo la atención a pacientes de alta, mediana y baja complejidad.

6. Realizo el cumplimiento a las medidas de bioseguridad y prevención de infecciones intra-hospitalarias de acuerdo a la normatividad vigente.
7. Realizo verificación diaria de los elementos de inventario del servicio.
8. Realizo el cumplimiento a la normatividad establecida en el Servicio de Enfermería encaminados al cumplimiento de las actividades contratadas.
9. Brinda colaboración y propende 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.
10. Cumplió con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los pacientes.
11. Ejercer su profesión con ética y moral.
12. 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.

No. Factura y/o Cta. Cobro	Fecha	Valor	Nota crédito o débito	Valor neto
1	**DICIEMBRE DE 2018.**	722,065.30		722,065.30
Valor total bienes y/o servicios recibidos				722,065.30

OBSERVACIONES:

INASISTAENCIAS	SI	NO	DIAS
		X	

Inicio Contrato

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

CUENTA DE COBRO N° 1

Bogotá D.C, **DICIEMBRE DE 2018.**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

BRIGITH YAMILEZ PERALTA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 51.872.161 expedida en Bogota, la suma de $ 722.085.50 por concepto de las actividades desempeñadas entre el (12) al (30) diciembre del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-201337-18 suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como Auxiliar de enfermeria.

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 00462202 4013 del Banco Colpatria de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: BRIGITH YAMILEZ PERALTA

Nombres y apellidos BRIGITH YAMILEZ

CC. 51.872.161

Teléfono: 3142224392

BOGOTA, DICIEMBRE DE 2018

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, RIGITH RAMIREZ en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 51,872,161, 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. 96-7-701337-18 con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 10173922 24
HONORARIOS MENSUALES	1,140,135.00	1.140,135,00
BASE COTIZACION 40%	781,242.00	781,242,00
APORTE SALUD 12,5%	97,655.25	97,700,00
APORTE PENSION 16%	124,998.72	125,000,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	19,031.06	19,100,00
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

Firma: RIGITH RAMIREZ

Nombres y Apellidos: RIGITH RAMIREZ
Cedula: 51,872,161
Telefono 3147224397

Bogotá D.C, **DICIEMBRE DE 2018.**

Señores:

Hospital Central de la Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo, BRIGITH RAMIREZ PERALTA identificada con cédula de ciudadanía a N° 51,872,161 de Bogota, 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: BRIGITH RAMIREZ

Nombres y Apellidos: BRIGITH RAMIREZ

CC. 51,872,161

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACIÓN CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-12-14 05:18:54 AM Tipo Planilla: E PLANILLA INDEPENDIENTE Número Planilla: 9017562224

Periodo Cotización: diciembre de 2018 Periodo Servicio: diciembre de 2018 Referencia pago (PIN): 3896756830

PAGADO 13/12/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BRIGITH RAMIREZ PERALTA	Dirección	CLL 63F # 106 - 22
Documento	CC 51872161	Teléfono	3142224397
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	UNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C
Ciudad	BOGOTA D.C	Identificación	
Representante Legal		ARP	NINGUNA ARP
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																								Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales				Total
Tipo de Cotizante	Apellidos y Nombres	ID Afiliado	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	Días EPS	Días ARP	Días AFP	Días CCF	Días ETP	Días EPS	Días ARP	Días AFP	Días CCF	Días ETP	Días EPS	Días ARP	Días AFP	Días CCF	Días ETP	Administradora	IBC Pensión	Aportes Pensión	Administradora	IBC Salud	Aportes Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aportes Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aportes Caja	Aportes SENA	Aportes ICBF	ESAP	Total Nómina	Total
1																																													

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Salud	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min. Educación	Incapacidades (Licencias, Salud o Parto) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL A PAGAR
$ 650.000	$ 826.928	$ 0	$ 0	$ 93.400	$ 65.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 158.400	$ 0	$ 158.000

Líneas de Servicio PagoSIMPLE: Bogotá 343 3949 - Cali: 554 9515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 90 00 - Cartagena: 694 56 46 - Pereira: 340 25 42 - Barranquilla: 361 83 56 - Resto del País: 018000 471 871 - ¿Más que Fácil! SIMPLE!

Antes de imprimir, considere que realmente debe hacerlo. Protejamos el medio ambiente, cada uno es responsable.

¡El Poder de la SIMPLE!