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

Bogotá D.C., 1 de febrero de 2019

No. 2 ENFER - HOCEN

Señor Teniente
DELIO ANDRES GARAVITO AGUEDELO
Jefe Contratos Hospital Central
Ciudad.-

Asunto: informe de supervision contrato 98-7-201337-18 Mes Reportado: ENERO

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: 32,89 %
						ENE	30	$ 1.140.135,00	DIAS	100	$ 3.800.449,50	
		VALOR TOTAL	$		5.662.670,00			$ 1.862.220,50				

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 ESPECIFICACIÓNES 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 S **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	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 22-05-2015	CONSTANCIA RECIBIDO A SATISFACCIÒN	
Versión: 2		

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá, D.C. **1 FEBRERO 2019**
CONTRATO N°:	96-7 201 337 - 18.
CONTRATISTA:	Brigith Ramirez Peralta CC. 518.72161
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO ***TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA***
VALOR DEL CONTRATO: $	5'662670.
PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIO Y TERMINACION):	12 dic 2018 al 10 mayo 2019
FECHA DE ENTREGA:	Periodo comprendido: 1 al 30 Enero
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	1'140.135.
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°** 2 de fecha **1 FEBRERO 2019**.

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.

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
	1 FEBRERO 2019.	1'140.135		1.140.135
Valor total bienes y/o servicios recibidos				

OBSERVACIONES:

INASISTAENCIAS	SI	NO	DIAS
		X	

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

CUENTA DE COBRO N° 2.

Bogotá D.C, **1 FEBRERO DE 2019.**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

Brigith Ramirez Peralta. identificado con Cédula de Ciudadanía No. 51872161 expedida en Bogota, la suma de $ 1140135 por concepto de las actividades desempeñadas entre el (01) al (30) Enero 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 Enfermeria

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 004622024013 del Banco Colpatria. de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Brigith Ramirez Peralta

Nombres y apellidos Brigith Ramirez Peralta.

CC. 51872161

Teléfono: 3142224392

Bogotá D.C, **1 FEBRERO DE 2019**.

Señores:

Hospital Central de la Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo, Brigith Ramirez Peralta identificada con cédula de ciudadanía a N° 51872161 de 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, 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 Peralta.

Nombres y Apellidos: Brigith Ramirez Peralta.

cc. 51872161.

BOGOTA, 1 FEBRERO DE 2019

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Brigith Ramirez Peralta en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 51872161, 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. 96720133718 con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 10173922224
HONORARIOS MENSUALES	1.140.135,00	1140.135
BASE COTIZACION 40%	781.242,00	781.242
APORTE SALUD 12,5%	97.655,25	97.700
APORTE PENSION 16%	124.998,72	125.000
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	19.031,06	19.100
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

Firma: Brigith Ramirez Peralta.

Nombres y Apellidos: Brigith Ramirez Peralta.

Cedula: 51872161

Telefono 3142224392

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-01-17 09:25:33 AM Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1017392224

Periodo Cotización: diciembre de 2018 Periodo Servicio: diciembre de 2018 Referencia pago (PIN): 8896756630

PAGADO 13/12/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BRIGITH RAMIREZ PERALTA		
Documento	CC51872161	Dirección	CLL 56F # 106 22
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3142224392
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51872161	BRIGITH RAMIREZ PERALTA	03	00	X																	0	30	30	0	(CI30201) PROTECCION (IHG - PROTECCION	$ 520.828	$ 83.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 520.828	$ 85.200	0.000	$ 0	$ 0	(RN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 148.600

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 520.828	$ 520.828	$ 0	$ 0	$ 83.400	$ 85.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 148.600	$ 0	$ 148.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de enviar, asegúrese que esta información es correcta. Protege el medio ambiente, cada hoja cuenta.