Página 1 de 6	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019 1056743567		
Fecha: 12-03-2021	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5		

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No2

No. GS 2024- DEUIL

Neiva, 1 de junio de 2024

Capitán
MONICA MARIA MOJICA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No.2 (E)
Neiva

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 85-7-20026-24

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde:	01-05-2024	Hasta:	31-05-2024

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 comunicación oficial No. GS-2024-005435 REGI2 del 08-04-2024, el señor (a) Capitán CIRO ANDRES CORREA, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No.2 (E), nombró como supervisor del contrato al señor (a) SM-12 OSIRIS VARGAS ROJAS.
- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** _MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 01**

1. Informe de supervisión del mes ___ABRIL 2024_ presentado mediante comunicación oficial No.GS 2024- 047614DEUIL

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**85-7-20026-24**

1056743567

GS-2024-058421-DEUIL

Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN TERAPIA DE INTEGRACION SENSORIAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD MENTAL Y ALTERACIONES DE CONDUCTA PERTENECIENTES AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGOINAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2.
Contratista	**ASTRID JIMENA RODRIGUEZ**
Representante legal	**ASTRID JIMENA RODRIGUEZ**
Valor inicial del contrato u orden de compra	**$ 19.200.000,00**
Valor adiciones del contrato u orden de compra	$0
Valor total del contrato u orden de compra	**$19.200.000,00**
Plazo de ejecución inicial	**6 meses**
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	**08-04-2024**
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	**30-09-2024**
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	
Adiciones	
Modificatorios	
Prorrogas	
Otros	

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

1.1 Acciones adelantadas:

El contratista cumple con todas las obligaciones y horas contratadas en el presente contrato.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

No.	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIO		OBSERVACIONES
		SI	NO	

1056743567

Página 3 de 6	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5		

1	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 del 27 de diciembre de 2002 "Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliarla protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo" en concordancia con las leyes Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003, Ley 828 de 2003, Ley 1122 de 2007 modificada por el Artículo 36 del Decreto 126 de 2010 y Ley 1562 de 2012 lo cual se constituirá en requisito previo para cada uno de los pagos pactados; siempre y cuando el plazo del contrato sea superior a tres (3) meses. De acuerdo con el artículo 1 °de la Ley 828 de 2003, el incumplimiento de esta obligación 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 contrato se observe la persistencia de este incumplimiento, por cuatro (4) meses la entidad estatal dará aplicación a la cláusula excepcional de caducidad administrativa.	X		Anexa reporte de pago de aportes al sistema de seguridad social integral y demás a cargo del contratista
2	Contribuir con el desarrollo del Establecimiento de Sanidad Policial Complementario Clínica Deuil de la Regional de Aseguramiento en Salud No.2, donde preste sus servicios, revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente y de calidad a los usuarios.	X		
3	Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y derechos de autor, y elementos entregados por el ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL COMPLEMENTARIO CLÍNICA DEUIL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No2, para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratados y a devolverlos a la Institución a la terminación del presente contrato. Así mismo, se responsabiliza de los daños o pérdida que sufran estos, a excepción del deterioro natural por el uso, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 2202, 2203, 2204 del Código Civil, pero no será responsable en los eventos de Caso Fortuito y Fuerza Mayor.	X		
4	Los bienes que entregue la Entidad al CONTRATISTA para el desarrollo de las tareas objeto del presente contrato, se hará mediante inventario, el cual tendrá fecha de suscripción la misma en que se inicie el contrato.	X		
5	Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera.	X		
6	Ejercer su profesión con moral y ética.	X		
7	Apoyar cuando sea necesario o lo disponga LA REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD No2 a los profesionales de planta en los comités asistenciales, académicos y administrativos de casos especiales en las funciones administrativas que lleve a cabo el ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL COMPLEMENTARIO CLÍNICA DEUIL para los cuales sea designado, asumiendo con responsabilidad y ética profesional sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones contractuales.	X		
8	Rendir los informes que la Dirección de Sanidad y el Establecimiento de Sanidad Policial Complementario Clínica Deuil de la LA REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD No2 requiera dentro de los plazos determinados.	X		
9	Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar, emitir conceptos que se requieran	X		
10	Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá patrimonialmente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	X		
11	Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y en trabamientos que puedan presentarse.	X		
12	Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL -DIRECCIÓN DE SANIDAD – LA REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD No2, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres.	X		
13	Dentro de los Cinco (5) días hábiles antes de la fecha de terminación del contrato, el Contratista deberá presentar al supervisor del mismo un informe consolidado sobre todas las actividades desarrolladas durante el término de	X		

1056743567

GS-2024-058421-DEUIL

	su ejecución, así mismo hará entrega de los bienes inventariados para el desarrollo de las tareas del objeto contractual.			
14	El contratista se compromete a realizar las actividades propias para las que fue contratado dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el Sistema de Gestión Integral (MECI, CALIDAD Y SISTEDA).	X		
15	Atención a usuarios del subsistema de Salud de la Policía Nacional en el servicio de medicina general.	X		
16	Presentar a la coordinación médica y Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Complementario Clínica Deuil las macro agendas mensuales y en caso de alguna modificación dar a conocer por escrito con 8 días de anticipación al Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Complementario Clínica Deuil.	X		
17	Cumplir con lo estipulado en el Instructivo 022 del 17 de agosto de 2012 "GUIA DE UNIFORMES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVO DEL PERSONAL DE LA DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL", en lo relacionado al porte y pulcritud del uniforme asistencial.	X		
18	Desarrollar y dar cumplimiento según sea el campo de aplicación a la Resolución No. Resolución 0312 del 13 de febrero de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST", normatividad que tiene por objeto establecer los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST para las personas naturales y jurídicas señaladas en el artículo 2º de este Acto Administrativo.	X		
19	El oferente se compromete a prestar el servicio siempre y cuando el usuario presente los siguientes requisitos: Boletín de AUTORIZACIÓN Firmado por el profesional y el usuario, orden médica, copia del documento de identidad, copia del carnet policial, **(TENER EN CUENTA QUE EL BOLETIN DE AUTORIZACIÓN TIENE VIGENCIA 30 DÍAS, BOLETÍN VENCIDO NO SERÁ PRESTADO EL SERVICIO Y PUEDE SER OBJETO DE GLOSA).**	X		
20	Al finalizar el contrato, el Oferente deberá realizar una evaluación del proceso terapéutico, en comparación con la valoración inicial y entregar el informe de cierre, que permita identificar y evidenciar el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas, en relación con el plan de tratamiento inicial, generando recomendaciones a la familia y al Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación.	X		
21	El oferente deberá recibir, tramitar y solucionar de manera diligente las quejas, no conformidades o sugerencias que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar y entregando un informe al Supervisor del Contrato.	X		
22	El oferente deberá responder por los eventos adversos que surjan en desarrollo de la prestación del servicio asistencial que afecten a usuarios del contratante y comunicar dentro de un término prudencial, no superior a 48 horas, la ocurrencia de los mismos.	X		
23	El oferente se obliga a dar cumplimiento a las normas ambientales expedidas por los organismos competentes en el territorio Nacional; los insumos contaminantes y/o peligrosos deben cumplir con toda la normativa ambiental y de prevención de riesgos aplicable, protegiendo la salud humana y el ambiente mismo.	X		

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO: (transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra)		
CUMPLE CON EL OBJETO CONTRACTUAL	SI	

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

1056743567

GS-2024-058421-DEUIL

a. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**)

No. De acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. Factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. Orden de pago
1 del 06-05-2024	$3.799.000	08-04-2024 al 30-04-024	$3.799.000	Cuenta 1	$3.799.000		Pendiente de pago

Se relacionan facturas con orden de pago.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (53) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (120) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No2, se obliga a pagar el valor del presente contrato al Contratista, de acuerdo a las consultas realizadas en el mes MAYO 2024, por valor de DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA MIL PESOS ($2.660.000,00) M/LEGAL

El pago se realizará dentro de los quince (15) días calendario una vez presentado el recibo de pago y la planilla de pago de aportes de salud, pensión y ARL, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, informe de actividades junto con los documentos requeridos por la Unidad Prestadora de Salud Huila, de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC).

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

b. Balance general de pagos y entregas

	Valor en pesos	% del valor del contrato u orden de compra
Valor total del contrato u orden de compra	**$19.200.000,00**	100%
Valor total de las entregas	**$6.650.000,00**	34.6%
Valor total facturado	**$6.650.000,00**	34.6%
Valor facturado pendiente de pago	**$6.650.000,00**	34.6%
Valor pagado	$,00	0%
Valor pendiente de entrega	$12.550.000,00	65.4%

c. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**)

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones GLOSA	No. orden de pago
2 del 31-05-2024	$2.660.000	01-05-2024 al 31-05-024	$2.660.000	Cuenta 1	$2.660.000		Pendiente de pago

1056743567

GS-2024-058421-DEUIL

4.2 Entrada de Bienes ***(verificar que los bienes hayan ingresado a los estados contables, si aplica)***

5. RECOMENDACIONES

Cumple con las condiciones requeridas en el contrato.

6. CONCLUSIONES

El supervisor, deberá marcar con una (x) las casillas según corresponda al periodo entregado, con el fin de que la administración tenga claridad frente al cumplimiento o no del contratista. El no diligenciamiento será causal de la devolución del respectivo informe de supervisión.

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_____

Grado y Nombres: SM-14 OSIRIS VARGAS ROJAS
Cargo: Coordinadora Rehabilitación ESPCO-GASIS
Supervisor Contrato u orden de Compra No.85-7-20026-24
Correo electrónico: osiris.vargas@correo.policia.gov.co

1056743567

GS-2024-058421-DEUIL

Pagina: 1 de 2	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0021		
Fecha: 12-03-2021	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	
Versión: 5		

Radicado GECOP No.	N/A
Grado	N/A
Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta	N/A
Cargo del funcionario	N/A

TURNO No. (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO:	526365	No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN):	
No. CONTRATO:	85-7-20026-24	FECHA DE RECIBIDO :	06-05-2024
VALOR PAGO:	$ 3.990.000,00	NUMERO DE RADICADO SIIF:	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :	N/A	CONTRATISTA:	ASTRID JIMENA RODRIGUEZ
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	1	NIT DEL CONTRATISTA:	55166364

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO	SI ____	NO X
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO	SI ____	NO X
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO	SI ____	NO X

ENDOSADA A: (RELACIONAR NOMBRE, NIT Y CUENTA BANCARIA DEL TERCERO CESIONARIO BENEFICARIO DEL PAGO) N/A

CUENTA BANCARIA: N/A

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) ____

5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL)	✓
6. FACTURA ORIGINAL:	✓
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: 29/04/2024	✓
8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: N/A	
8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN): N/A	
9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP	✓
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP	✓
11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA.	✓
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP	N/A
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP.	N/A
14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009,	✓

OBSERVACIONES : ____

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF SI X NO ____

FIRMA

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITA LA CUENTA)

CARGO Y UNIDAD

SI. ERWIN MAURICIO CHATE LOZADA
RESPONSABLE CENTRAL DE CUENTAS RASES No. 2

1

1056743567

GS-2024-058421-DEUIL

ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____ FIRMA _____ SI_____ NO_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____ Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____

1056743567

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2

Nit:	**900.419.719-1**	**Dirección:**	**CRA 22 SUR No. 26a-21**
Teléfono:	**038-8630065 ext. 6419**	**Correo Electrónico:**	**deuil.upres-cue@policia.gov.co**

DEBE A

C.C./NIT.:	**55.166.364**	**de**	**NEIVA**	**Razón Social:**	**ASTRID JIMENA RODRIGUEZ**		**Profesión:**	**TERAPEUTA OCUPACIONAL**	
Tel. :	**3158108955**	**Dirección:**	**CRA 17 No 6-33 B/ Calixto**				**Ciudad:**	**NEIVA**	
No. Contrato:	**85-7-20026-24**	**Fecha Inicial Contrato:**	**08-04-2024**	**Fecha Terminación Contrato:**	**30-09-2024**		**Valor Total del Contrato:**	**$**	**19.200.000,00**
Mes Facturado:	**ABRIL**	**Vigencia:**	**2024**	**Total Hora Mes:**	**N/A**	**Periodo Certificado Mes:**	**08/04/2024**	**al**	**30/04/2024**
La Suma de:									**3.990.000,00**

PERTENEZCO AL RÉGIMEN DE TRIBUTACIÓN

RÉGIMEN ORDINARIO	RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN
SI	NO

Certificó bajo la gravedad de Juramento, para efectos previstos en el Estatuto Tributario en materia de Impuesto de Renta, y dentro de la ejecución del contrato por prestación de servicios en desarrollo de mi profesión, que pertenezco a la siguiente cédula.

RENTA DE TRABAJO	HONORARIOS
SI	NO

Me acojo al Artículo 383 "Tabla de Retención en la Fuente para Ingresos Laborales Gravados" del Estatuto Tributario.	**SI**	**Estoy obligada (o) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (2023)**	**SI**

Numero:	**1**	**Tipo:**	**OTRO DOCUMENTO DE COBRO**	**Fecha Expedición:**	**06-05-2024**

CUENTA BANCARIA

Numero Cuenta:	**0550488436437724**	**Banco:**	**DAVIVIENDA**	**Tipo:**	**AHORRO**	**Estado:**	**Activa**

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

RANGOS A PAGAR			REGISTRO VALORES PAGADOS POR EL CONTRATISTA	
			N/A	Administradora
Base Cotización:	40%	**$ 1.596.000,00**		
Aporte Salud:	12,5%	**$ 199.500,00**	$ 212.500,00	**SANITAS**
Aporte Pensión:	16%	**$ 255.360,00**	$ 272.000,00	**COLFONDOS**
Aporte ARL:	2,436%	**$ 38.878,56**	$ 41.500,00	**POSITIVA**
TOTAL		**$ 493.738,56**	**$ 526.000,00**	

Mes Pagado SSSI	ABRIL	**No. Planilla**	454982231	**Planilla Integral de Liquidación de Aportes (PILA):**	SOI

Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN TERAPIA DE INTEGRACION SENSORIAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD MENTAL Y ALTERACIONES DE CONDUCTA PERTENECIENTES AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.2.

ASTRID JIMENA RODRIGUEZ
C.C 55.166.364
TERAPEUTA OCUPACIONAL

GS-2024-058421-DEUIL

GS-2024-058421-DEUIL

Ciudad y fecha:	Neiva 06/05/2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2
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.	85-7-20026-24
Constancia de recibido No.	1
Contratista:	ASTRID JIMENA RODRIGUEZ PERDOMO
NIT del contratista:	55166364
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN TERAPIA DE INTEGRACION SENSORIAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD MENTAL Y ALTERACIONES DE CONDUCTA PERTENECIENTES AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGOINAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	**NO APLICA**
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$19.200.000,00
Plazo de ejecución:	30-09-2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	**NO APLICA**
Lugar de ejecución y/o entrega	SE PRESTARAN EN LAS INSTALACIONES DEL CONTRATISTA EN LA CIUDAD DE NEIVA - HUILA.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO _X__	NO APLICA
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM-14 OSIRIS VARGAS ROJAS Coordinadora Rehabilitación ESPCO- GASIS.

1056743567

GS-2024-058421-DEUIL

Fecha de entrega certificada:	EL PERIODO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO Del: 08/04/2024 Al: 30/04/2024
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
RASES	16	SERVICIOS DE SALUD HUMANA - SERVICIOS TERAPIAS ESPECIALES	$ 3.990.000,00	$ 3.990.000,00	$ 0,00	$ 3.990.000,00

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	VR. GLOSA INICIAL	VR. A PAGAR
NO OBLIGADA A FACTURAR	06/05/2024	$ 3.990.000,00	$0.00	$3.990.000,00
TOTAL		**$3.990.000,00**	**$0,00**	**$3.990.000,00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El contratista cumplió con Consultas y atenciones terapéuticas programados del mes de ABRIL DE 2024 y soporta la documentación exigida por la entidad

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO sí__ No___	Observaciones y Evidencias
1	Cumplir con el objeto contractual.	SI	
2	El oferente GARANTIZA que cuenta con CERTIFICADO de habilitación ante Secretaria Departamental de Salud para la prestación de servicios en salud, habilitados para la prestación de servicios en REHABILITACIÓN. Según **Resolución 3100 de 2019.**	SI	
3	El oferente deberá **GARANTIZAR** la atención de los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Huila en sus instalaciones, en un lapso máximo de tiempo para la prestación del servicio de 2 **días** de realizarse la solicitud.	SI	
4	El oferente deberá certificar por escrito que no se encuentran relacionados en el registro único de infractores ambientales R.U.I.A.	SI	
5	El oferente BRINDARÁ atención a los usuarios en	SI	

1056743567

CUENTA COBRO	FECHA CUENTA	FECHA PRESTACION SERVICIO	NOMBRE PACIENTE	IDENTIFICACION PACIENTE	CANTIDAD	SERVICIO PRESTADO	VALOR SESION	IVA	TOTAL FACTURA
01	06-05-2024	9/04/2024	THIAGO ANDRES ESQUIVEL	1076515055	10	TERAPIAS SENSORIALES	$ 70.000,00	$ -	$ 700.000,00
01	06-05-2024	9/04/2024	EMMANUEL BONILLA POLANCO	1077250362	8	TERAPIAS SENSORIALES	$ 70.000,00	$ -	$ 560.000,00
01	06-05-2024	9/04/2024	IKER ALEJANDO QUITIAN	1117945032	12	TERAPIAS SENSORIALES	$ 70.000,00	$ -	$ 840.000,00
01	06-05-2024	9/04/2024	JERONIMO ARIAS	1117945032	12	TERAPIAS SENSORIALES	$ 70.000,00		$ 840.000,00
01	06-05-2024	9/04/2024	ANDRES MAURICIO DIAZ	1201473054	5	TERAPIAS SENSORIALES	$ 70.000,00		$ 350.000,00
01	06-05-2024	9/04/2024	JUAN ESTEBAN CARDOZO	1077246108	5	TERAPIAS SENSORIALES	$ 70.000,00	$ -	$ 350.000,00
01	06-05-2024	9/04/2024	ISABELLA GUILLIN	1076919582	5	TERAPIAS SENSORIALES	$ 70.000,00	$ -	$ 350.000,00
			TOTAL						$ 3.990.000,00

1056743567

GS-2024-058421-DEUIL

POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
(Administrativo)

Fecha de Elaboración					
06-05-2024					
Periodo que se Certifica					
Desde			Hasta		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
08	04	2024	30	04	2024

I. Ubicación: Hace referencia al lugar donde se ejecuto el servicio contratado, de acuerdo con la estructura de la Resolución No. 0267 DEL 25-01-2023

1. Unidad / U.S.P: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2**
2. Dependencia / Área: **REHABILTIACION TERAPIA SENSORIAL**
3. Servicio / Grupo: **TERAPIA SENSORIAL**

II. Datos del Contratista

1. Apellidos y Nombres:	2. No. Documento de Identidad:
ASTRID JIMENA RODRIGUEZ	**55.166.364**

3. Profesión: **TERAPEUTA OCUPACIONAL**

4. Especialidad: **TERAPIA SENSORIAL**

5. Objeto del Contrato:

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN TERAPIA DE INTEGRACION SENSORIAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD MENTAL Y ALTERACIONES DE CONDUCTA PERTENECIENTES AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.2.

6. Contrato No:	Asistencial	Administrativo
85-7-20026-24	**X**	-

III. Informe de Actividades Mensual (Escriba las principales actividades realizadas o en ejecución por el contratista)	Cantidad
SESIONES DE TERAPIA SENSORIAL	57
ACOMPAÑAMIENTOS Y ENTRENAMIENTOS A PADRES	X
0	0
0	0
0	0
-	0
-	57

VALOR A COTIZAR			VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA NUMERO 454982231 MES PAGADO: ABRIL		DIFERENCIA	
HONORARIOS MENSUALES	$	3.990.000,00				
BASE COTIZACION 40%	$	1.596.000,00				
APORTE SALUD 12,5%	$	**199.500,00**	$	212.500,00	$	(13.000,00)
APORTE PENSION 16%	$	**255.360,00**	$	272.000,00	$	(16.640,00)
APORTE RIESGOS PROFESIONALES						
ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS 2,436%	$	**38.878,56**	$	41.500,00	$	(2.621,44)
TOTALES	$	**493.738,56**	$	**526.000,00**		

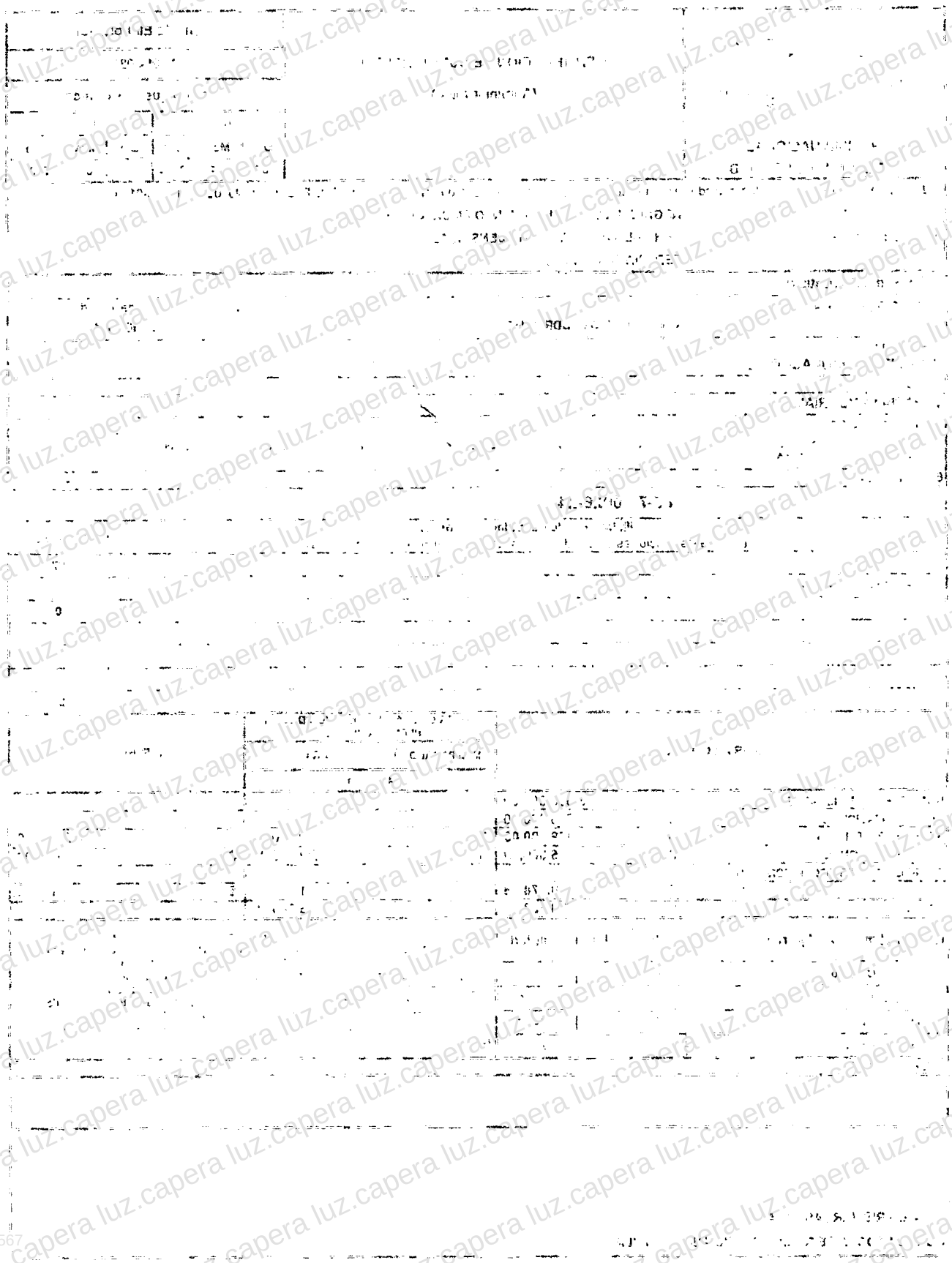
IV. Cumplimiento y Aportes	SI	NO	Entidad
1. Objeto del Contrato	X		
2. Pago Salud	X		SANITAS
3. Pago Pension	X		COLFONDOS
4. Pago Riesgos Profesionales	X		POSITIVA

NOTA: El no pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en el monto correspondiente de ley podrá dar lugar a la imposición de multas por incumplimiento. En caso de ser reiterativo dara lugar a la caducidad del contrato. (Artículo 1° Ley 828 del 2003)
* Los pagos derivados del presente contrato quedaran sujetos a la verificacion por parte del supervisor del cumplimiento de los aportes al SGSSS y en caso de presentarse diferencia la Direccion de Sanidad procedera a retener y girar las sumas adeudadas al Sistema General de Seguridad Social. (Articulo 2 del Decreto 129 del 21 de enero de 2010).
* A la presente Certificacion de Cumplimiento debera adjuntarse informe de actividades y la cuenta de cobro.

OBSERVACIONES:

0

SM14 OSIRIS VARGAS ROJAS
COORDINADORA DE REHABILTIACION UPRES HUILA



1056743567

GS-2024-058421-DEUIL

Pagina: 1 de 2 Código: 2BS-FR-0021 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	POLICÍA NACIONAL

Radicado GECOP No. N/A

Grado N/A

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta N/A

Cargo del funcionario N/A

TURNO No. (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO:	526365	No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN):	
No. CONTRATO:	85-7-20026-24	FECHA DE RECIBIDO :	31-05-2024
VALOR PAGO:	$ 2.660.000,00	NUMERO DE RADICADO SIIF:	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :	N/A	CONTRATISTA:	ASTRID JIMENA RODRIGUEZ
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	2	NIT DEL CONTRATISTA:	55166364

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO — SI ____ NO X
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO — SI ____ NO X
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO — SI ____ NO X

ENDOSADA A: (RELACIONAR NOMBRE, NIT Y CUENTA BANCARIA DEL TERCERO CESIONARIO BENEFICIARIO DEL PAGO) N/A — CUENTA BANCARIA: N/A

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) ____
5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) ✓
6. FACTURA ORIGINAL: ✓
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: 30/05/2024 ✓
8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: N/A
8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN): N/A
9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP ✓
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP ✓
11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. ✓
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP N/A
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP. N/A
14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, ✓

OBSERVACIONES : ____

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF — SI X NO ____

FIRMA

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITA LA CUENTA)

CARGO Y UNIDAD

SI. ERWIN MAURICIO CHATE LOZADA
RESPONSABLE CENTRAL DE CUENTAS RASES No. 2

1056743567
luz.capera luz.capera luz.capera

Pagina: 2 de 2	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0021		
Fecha: 12-03-2021	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	
Versión: 5		

ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____ FIRMA _____ SI_____ NO_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____ Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN:_____

1056743567

GS-2024-058421-DEUIL

Ciudad y fecha:	Neiva 31/05/2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2
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.	85-7-20026-24
Constancia de recibido No.	2
Contratista:	ASTRID JIMENA RODRIGUEZ PERDOMO
NIT del contratista:	55166364
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN TERAPIA DE INTEGRACION SENSORIAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD MENTAL Y ALTERACIONES DE CONDUCTA PERTENECIENTES AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGOINAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	**NO APLICA**
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$19.200.000,00
Plazo de ejecución:	30-09-2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	**NO APLICA**
Lugar de ejecución y/o entrega	SE PRESTARAN EN LAS INSTALACIONES DEL CONTRATISTA EN LA CIUDAD DE NEIVA - HUILA.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO _X__	NO APLICA
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM-14 OSIRIS VARGAS ROJAS Coordinadora Rehabilitación ESPCO- GASIS.

1056743567

GS-2024-058421-DEUIL

Fecha de entrega certificada:	EL PERIODO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO Del: 06/05/2024 Al: 31/05/2024
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
RASES	16	SERVICIOS DE SALUD HUMANA - SERVICIOS TERAPIAS ESPECIALES	$ 2.660.000,00	$ 2.660.000,00	$ 0,00	$ 2.660.000,00

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	VR. GLOSA INICIAL	VR. A PAGAR
NO OBLIGADA A FACTURAR	31/05/2024	$ 2.660.000,00	$0.00	$2.660.000,00
TOTAL		**$2.660.000,00**	**$0,00**	**$2.660.000,00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El contratista cumplió con Consultas y atenciones terapéuticas programados del mes de MAYO DE 2024 y soporta la documentación exigida por la entidad

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO sí__ No__	Observaciones y Evidencias
1	Cumplir con el objeto contractual.	SI	
2	El oferente GARANTIZA que cuenta con CERTIFICADO de habilitación ante Secretaria Departamental de Salud para la prestación de servicios en salud, habilitados para la prestación de servicios en REHABILITACIÓN. Según **Resolución 3100 de 2019.**	SI	
3	El oferente deberá **GARANTIZAR** la atención de los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Huila en sus instalaciones, en un lapso máximo de tiempo para la prestación del servicio de 2 **días** de realizarse la solicitud.	SI	
4	El oferente deberá certificar por escrito que no se encuentran relacionados en el registro único de infractores ambientales R.U.I.A.	SI	
5	El oferente BRINDARÁ atención a los usuarios en	SI	

1056743567

GS-2024-058421-DEUIL

	horarios de 8:00 a 12:00 y de 2:00 a 6:00 de lunes a viernes		
6	El oferente dará a conocer el Modelo de prestación de servicios definido por el prestador	SI	
7	El oferente deberá demostrar con CERTIFICADOS de que los profesionales en Terapia Física y Ocupacional y lenguaje cuentan con entrenamientos en terapia conductual por parte de la entidad a contratar.	SI	
8	El oferente se compromete a prestar el servicio siempre y cuando el usuario presente los siguientes requisitos: Boletín de AUTORIZACIÓN Firmado por el profesional y el usuario, orden médica, copia del documento de identidad, copia del carnet policial, **(TENER EN CUENTA QUE EL BOLETIN DE AUTORIZACIÓN TIENE VIGENCIA 30 DÍAS, BOLETÍN VENCIDO NO SERÁ PRESTADO EL SERVICIO Y PUEDE SER OBJETO DE GLOSA).**	SI	
9	Al finalizar el contrato, el Oferente deberá realizar una evaluación del proceso terapéutico, en comparación con la valoración inicial y entregar el informe de cierre, que permita identificar y evidenciar el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas, en relación con el plan de tratamiento inicial, generando recomendaciones a la familia y al Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación.	SI	
10	El oferente deberá recibir, tramitar y solucionar de manera diligente las quejas, no conformidades o sugerencias que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar y entregando un informe al Supervisor del Contrato.	SI	
11	El oferente deberá responder por los eventos adversos que surjan en desarrollo de la prestación del servicio asistencial que afecten a usuarios del contratante y comunicar dentro de un término prudencial, no superior a 48 horas, la ocurrencia de los mismos.	SI	
12	El oferente se obliga a dar cumplimiento a las normas ambientales expedidas por los organismos competentes en el territorio Nacional; los insumos contaminantes y/o peligrosos deben cumplir con	SI	

1056743567

GS-2024-058421-DEUIL

	toda la normativa ambiental y de prevención de riesgos aplicable, protegiendo la salud humana y el ambiente mismo.		
13	El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo"* y la Resolución No. 0312 de 2019 *"Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo."*	SI	

SM-14 OSIRIS VARGAS ROJAS
Coordinadora Rehabilitación ESPCO- GASIS

1056743567

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2

Nit:	**900.419.719-1**	**Dirección:**	**CRA 22 SUR No. 26a-21**
Teléfono:	**038-8630065 ext. 6419**	**Correo Electrónico:**	**deuil.upres-cue@policia.gov.co**

DEBE A

C.C./NIT.:	**55.166.364**	**de**	**NEIVA**	**Razón Social:**	**ASTRID JIMENA RODRIGUEZ**	**Profesión:**	TERAPEUTA OCUPACIONAL
Tel. :	**3158108955**	**Dirección:**	**CRA 17 No 6-33 B/ Calixto**			**Ciudad:**	**NEIVA**
No. Contrato:	**85-7-20026-24**	**Fecha Inicial Contrato:**	**08-04-2024**	**Fecha Terminación Contrato:**	**30-09-2024**	**Valor Total del Contrato:**	**$ 19.200.000,00**
Mes Facturado:	**MAYO**	**Vigencia:**	**2024**	**Total Hora Mes:**	**N/A**	**Periodo Certificado Mes:**	**01/05/2024 al 31/05/2024**
La Suma de:							**2.660.000,00**

PERTENEZCO AL RÉGIMEN DE TRIBUTACIÓN	
RÉGIMEN ORDINARIO	**RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN**
SI	NO

Certificó bajo la gravedad de Juramento, para efectos previstos en el Estatuto Tributario en materia de Impuesto de Renta, y dentro de la ejecución del contrato por prestación de servicios en desarrollo de mi profesión, que pertenezco a la siguiente cédula.

RENTA DE TRABAJO	HONORARIOS
SI	NO

Me acojo al Artículo 383 "Tabla de Retención en la Fuente para Ingresos Laborales Gravados" del Estatuto Tributario.	**SI**	**Estoy obligada (o) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (2023)**	**SI**

Numero:	**2**	**Tipo:**	**OTRO DOCUMENTO DE COBRO**	**Fecha Expedición:**	**31-05-2024**

CUENTA BANCARIA

Numero Cuenta:	**0550488436437724**	**Banco:**	**DAVIVIENDA**	**Tipo:**	**AHORRO**	**Estado:**	**Activa**

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

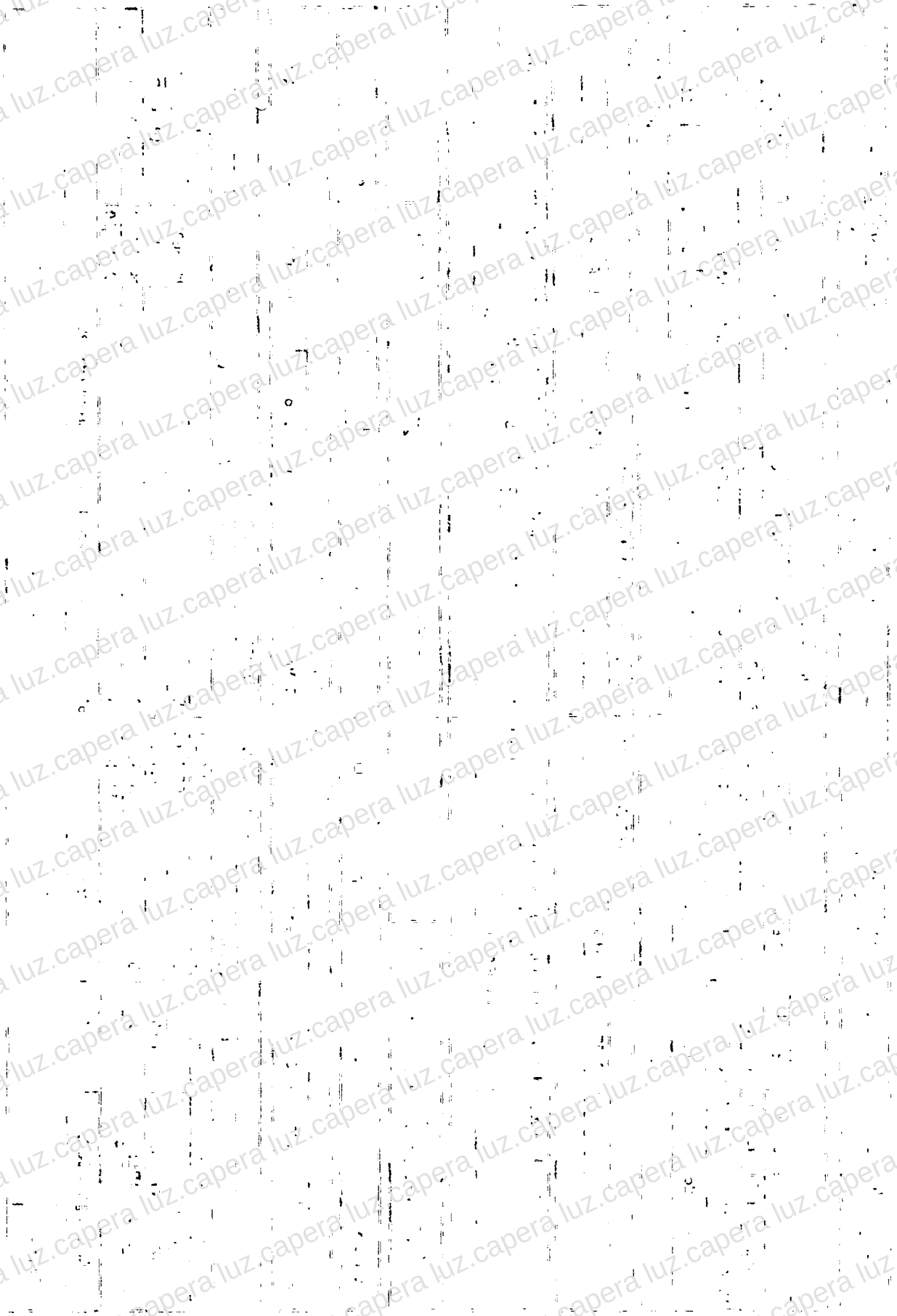
RANGOS A PAGAR			REGISTRO VALORES PAGADOS POR EL CONTRATISTA	
Base Cotización:	40%	**$ 1.300.000,00**	N/A	Administradora
Aporte Salud:	12,5%	**$ 162.500,00**	$ 212.500,00	**SANITAS**
Aporte Pensión:	16%	**$ 208.000,00**	$ 272.000,00	**COLFONDOS**
Aporte ARL:	2,436%	**$ 31.668,00**	$ 41.500,00	**POSITIVA**
TOTAL		**$ 402.168,00**	**$ 526.000,00**	

Mes Pagado SSSI	MAYO	**No. Planilla**	4549489651	**Planilla Integral de Liquidación de Aportes (PILA):**	SOI

Objeto: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN TERAPIA DE INTEGRACION SENSORIAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD MENTAL Y ALTERACIONES DE CONDUCTA PERTENECIENTES AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.2.

ASTRID JIMENA RODRIGUEZ
C.C 55.166.364
TERAPEUTA OCUPACIONAL

GS-2024-058421-DEUIL



1056743567

GS-2024-058421-DEUIL

POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
(Administrativo)

Fecha de Elaboración					
31-05-2024					
Periodo que se Certifica					
Desde			Hasta		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
06	05	2024	31	05	2024

I. Ubicación: Hace referencia al lugar donde se ejecuto el servicio contratado, de acuerdo con la estructura de la Resolución No. 0267 DEL 25-01-2023

1. Unidad / U.S.P: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2**
2. Dependencia / Área: **REHABILTIACION TERAPIA SENSORIAL**
3. Servicio / Grupo: **TERAPIA SENSORIAL**

II. Datos del Contratista

1. Apellidos y Nombres: **ASTRID JIMENA RODRIGUEZ**
2. No. Documento de Identidad: **55.166.364**
3. Profesión: **TERAPEUTA OCUPACIONAL**
4. Especialidad: **TERAPIA SENSORIAL**
5. Objeto del Contrato:

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN TERAPIA DE INTEGRACION SENSORIAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD MENTAL Y ALTERACIONES DE CONDUCTA PERTENECIENTES AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.2.

6. Contrato No:	Asistencial	Administrativo
85-7-20026-24	**X**	-

III. Informe de Actividades Mensual
(Escriba las principales actividades realizadas o en ejecución por el contratista)

	Cantidad
SESIONES DE TERAPIA SENSORIAL	38
ACOMPAÑAMIENTOS Y ENTRENAMIENTOS A PADRES	X
0	0
0	0
0	0
-	0
-	38

VALOR A COTIZAR			VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA NUMERO 4549489651 MES PAGADO: MAYO		DIFERENCIA
HONORARIOS MENSUALES	$	2.660.000,00			
BASE COTIZACION 40%	$	1.300.000,00			
APORTE SALUD 12,5%	$	162.500,00	$	212.500,00	$ (50.000,00)
APORTE PENSION 16%	$	208.000,00	$	272.000,00	$ (64.000,00)
APORTE RIESGOS PROFESIONALES					
ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS 2,436%	$	31.668,00	$	41.500,00	$ (9.832,00)
TOTALES	$	402.168,00	$	526.000,00	

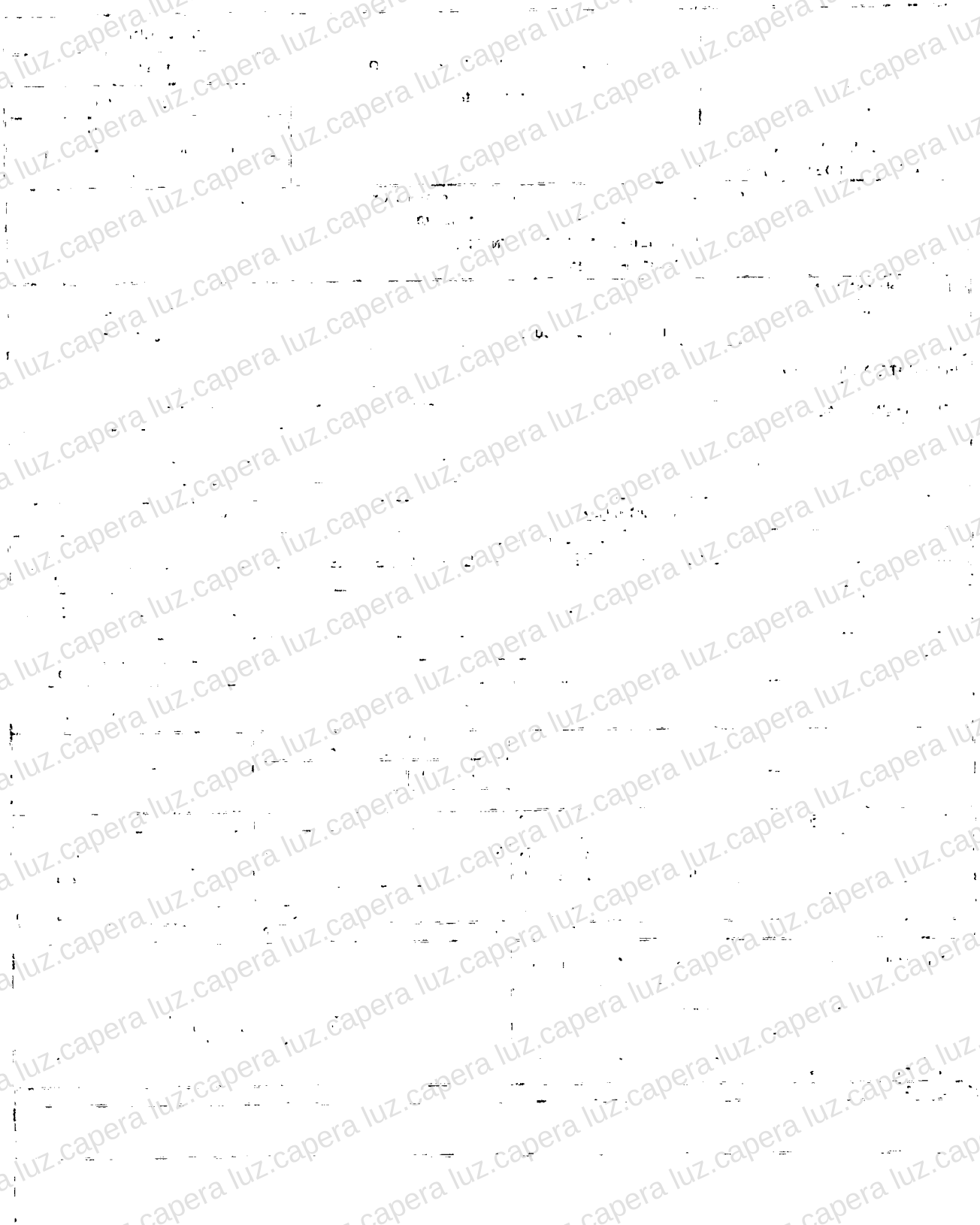
IV. Cumplimiento y Aportes	SI	NO	Entidad
1. Objeto del Contrato	X		
2. Pago Salud	X		SANITAS
3. Pago Pension	X		COLFONDOS
4. Pago Riesgos Profesionales	X		POSITIVA

NOTA: El no pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en el monto correspondiente de ley podrá dar lugar a la imposición de multas por incumplimiento. En caso de ser reiterativo dara lugar a la caducidad del contrato. (Artículo 1° Ley 828 del 2003)
* Los pagos derivados del presente contrato quedaran sujetos a la verificacion por parte del supervisor del cumplimiento de los aportes al SGSSS y en caso de presentarse diferencia la Direccion de Sanidad procedera a retener y girar las sumas adeudadas al Sistema General de Seguridad Social. (Articulo 2 del Decreto 129 del 21 de enero de 2010).
* A la presente Certificacion de Cumplimiento debera adjuntarse informe de actividades y la cuenta de cobro.

OBSERVACIONES:

0

SM14 OSIRIS VARGAS ROJAS
COORDINADORA DE REHABILTIACION UPRES HUILA



1056743567

CUENTA COBRO	FECHA CUENTA	FECHA PRESTACION SERVICIO	NOMBRE PACIENTE	IDENTIFICACION PACIENTE	CANTIDAD	SERVICIO PRESTADO	VALOR SESION	IVA	TOTAL FACTURA
02	31-05-2024	7/05/2024	EMMANUEL BONILLA POLANCO	1077250362	8	TERAPIAS SENSORIALES	$ 70.000,00	$ -	$ 560.000,00
02	31-05-2024	27/05/2024	IKER ALEJANDO QUITIAN	1117945032	5	TERAPIAS SENSORIALES	$ 70.000,00	$ -	$ 350.000,00
02	31-05-2024	8/05/2024	ANDRES MAURICIO DIAZ	1201473054	5	TERAPIAS SENSORIALES	$ 70.000,00		$ 350.000,00
02	31-05-2024	7/05/2024	JUAN ESTEBAN CARDOZO	1077246108	5	TERAPIAS SENSORIALES	$ 70.000,00		$ 350.000,00
02	31-05-2024	6/05/2024	ISABELLA GUILLIN	1076919582	5	TERAPIAS SENSORIALES	$ 70.000,00	$ -	$ 350.000,00
02	31-05-2024	7/05/2024	THIAGO ANDRES ESQUIVEL	1076515055	10	TERAPIAS SENSORIALES	$ 70.000,00	$ -	$ 700.000,00
TOTAL									$ 2.660.000,00

1056743567



1056743567

GS-2024-058421-DEUIL

EFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Solicitud:	97809736631
Cliente:	110269 PULA BELMONTE
Fecha:	30/05/2024 14:11:43
Caja:	99530
Identificacion:	55166364
Nombre:	MARIA XIMENA
Apellido 1:	RODRIGUEZ
Apellido 2:	NAA
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3158108955
Codigo Plantilla:	4549489651
Periodo Pago:	202405
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia: 55166364 Valor: $526.000.00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co

1056743567

SOI Pago de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 55166364
SOCIAL:		ASTRID JIMENA RODRIGUEZ PERDOMO
):	NEIVA	DEPARTAMENTO: HUILA
	CRA 17 # 6-33	TELÉFONO: 8621027
	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
NTACIÓN:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
	ÚNICO	
IERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4549489651	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/05/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9998820756

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
231001-COLFONDOS	1	$ 272.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.000	$ 0	$ 272.000
									$ 272.000	$ 0	$ 272.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 212.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 212.500	$ 0	$ 0	$ 212.500
												$ 212.500	$ 0	$ 0	$ 212.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 41.500	$ 41.500	$ 0	$ 0	$ 41.500
								$ 41.500	$ 0	$ 0	$ 41.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

...BRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
...GUEZ ...MO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.700.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
231001-COLFONDOS	30	$ 1.700.000	$ 272.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 272.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.700.000	$ 212.500	$ 0	$ 212.500

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.700.000	55166364	$ 41.500

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 526.000**

Planilla Pagada

USUARIO: SOI YRODRIGUEZ

luz.capera