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

1CIUDAD Y FECHA:	Bogotá, D.C. **01 ABRIL DE 2018.**
CONTRATO N°:	96-7-201095-17
CONTRATISTA:	Leidy Johana Rodriguez C.C 53 096 006
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO PROFESIONAL
VALOR DEL CONTRATO: $	17.402.000
PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIO Y TERMINACION):	11-12-2017 Al 05-07-2018
FECHA DE ENTREGA:	Periodo comprendido: 01-03-2018 Al 30-03-2018
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° 4 de fecha **01 ABRIL 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
4	**01 ABRIL DE 2018.**	2.486.000		2.486.000
Valor total bienes y/o servicios recibidos				2.486.000

OBSERVACIONES:

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

CUENTA DE COBRO N° 4

Bogotá D.C, **01 ABRIL DE 2018.**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

Leidy Johana Rodriguez palacios identificado con Cédula de Ciudadanía No. 53 096 006 expedida en Bogota, la suma de $ 2.486.000 por concepto de las actividades desempeñadas entre el (01) al (30) Marzo del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-20109.5-17 suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como Enfermera profesional

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 57853 89 51 del Banco Bogota de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: leidy Rodriguez

Nombres y apellidos Leidy Johana Rodriguez

CC. 53 096 006

Teléfono: 322 541 8079

Bogotá D.C, **01 ABRIL DE 2018**.

Señores:

Hospital Central de la Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo, Leidy Johana Rodriguez Rilacios identificada con cédula de ciudadanía a N° 53 096 006 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: Leidy Rodriguez

Nombres y Apellidos: Leidy Johana Rodriguez

CC. 53 096 006

Bogotá D.C, 01 ABRIL DE 2018.

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Leidy Johana Rodriguez Villacres en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 53 096 006 de Bogotá, 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. 96-7-20195-17 con el Hospital Central de la Policia Nacional

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 10112 38631
HONORARIOS MENSUALES	2.486.000,00	2.486.000
BASE COTIZACION 40%	994.400,00	994.400
APORTE SALUD 12,5%	124.300,00	140.000
APORTE PENSION 16%	159.100,00	179.200
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	24.223,58	27.300
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

Firma: Leidy Rodriguez

Nombres y Apellidos: Leidy Johana Rodriguez
Cedula: 53 096 006
Telefono 322 654 8079

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-03-09, 04:57:55 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1011238631

Periodo Cotización: marzo de 2018 **Periodo Servicio:** marzo de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8885314570

PAGADO 09/03/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY JOHANA RODRIGUEZ PALACIOS		
Documento	CC53096006	Dirección	CR 79 D N 60 B 68
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3226548079
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal	RODRIGUEZ LEODY	Identificación	CC 53096006
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

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 APP	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
CC53096006	LEIDY JOHANA RODRIGUEZ PALACIOS	59	00																	0	30	30	30	0	(233301) PORVENIR	$ 1.120.000	$ 179.200	(EPS044) MEDIMAS EPS	$ 1.120.000	$ 140.000	2,436	$ 1.120.000	$ 27.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 346.500

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
$ 1.120.000	$ 1.120.000	$ 1.120.000	$ 0	$ 179.200	$ 140.000	$ 27.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 346.500	$ 2.000	$ 348.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de la SIMPLE!

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 Abril de 2018

No. 4 ENFER - HOCEN

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

Asunto: Informe de supervision contrato 96-7-201095-17 Mes Reportado: **MARZO**

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.	RODRIGUEZ PALACIOS LEIDY JOHANA	Vigencia:	ENFERMERIA PROFESIONAL	6	$ 16.987.666,66						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		MESES							
		11-dic-17									
		termino									
		5-jul-18									
		Adición:		DIAS		DIC	20	$ 1.657.333,33	DIAS	185	$ 15.330.333,33
						ENE	30	$ 2.486.000,00	DIAS	155	$ 12.844.333,33
		Inicio				FEB	30	$ 2.486.000,00	DIAS	125	$ 10.358.333,33
						MAR	30	$ 2.486.000,00	DIAS	95	$ 7.872.333,33
		termino	8 HORAS	25							
		VALOR TOTAL	$		16.987.666,66			$ 9.115.333,33			

53,66 %

0

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.