N. 01 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No 1

GS-2024 - 023571 - REGI1

Bogotá, 16 de diciembre 2024

Teniente coronel
CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 1
Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 81-7-20234-24

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _X___O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**17/10/2024**	**Hasta**	**30/10/2024**

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 oficio de fecha 18 de octubre de 2024 con número de comunicación oficial GS-2024-018875-REGI1, el señor Capitán ISAAC AMADO CODINA GALLARDO notifica obrando en calidad de jefe (E) grupo de contratos, notifica al JEFE GRUPO SUBRED INTEGRAL SERVICIOS DE SALUD al señor TE JUAN CARLOS CABRERA MONTILLA

- Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: mensual
- No. de informe de supervisión presentado y publicado en SECOP II: 00

Información del contrato

Contrato No.	**81-7-20234-24**
Objeto del Contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA**
Contratista	**YUYI DANIELA BERNAL TIBOCHA**
Valor inicial del contrato	**$ 14.872.002.00**
Valor adiciones del contrato	NO APLICA
Valor total del contrato	**$ 14.872.002.00**
Plazo de ejecución inicial	**(6) MESES**
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	**17/10/2024**

8. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	NINGUNA
9. Restituir a LA POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso de que se hayan suministrado.	SI	NINGUNA
10. CATALOGACIÓN. - EL CONTRATISTA deberá proporcionar la información necesaria para denominar, clasificar, identificar y numerar los artículos de abastecimiento relacionados y/o incluidos en el objeto del contrato, dentro del plazo y en las condiciones señaladas por el Supervisor, quien acreditará el cumplimiento de la presente cláusula, mediante un certificado en que conste la entrega total de la información requerida. La presente certificación será necesaria para la liquidación del contrato. Entendiéndose no finalizada la entrega de los bienes objeto del contrato, en tanto no se cumplan las obligaciones de la cláusula de catalogación.	SI	NINGUNA
11. El contratista deberá contribuir con el cumplimiento de la política ambiental, objetivos y programas ambientales establecidos por la Dirección General de la Policía Nacional y la Dirección de Sanidad, dando cumplimiento a la Resolución 00090 del 15 de enero del 2018, numeral 3, criterios ambientales en los contratos de prestación de servicios	SI	NINGUNA
12. Contribuir con el desarrollo del establecimiento de Sanidad Policial donde preste el servicio, revisando y mejorando el proceso de atención, a fin de ofrecer un servicio eficiente y de calidad a nuestros Usuarios.	SI	NINGUNA
13. 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 la DIRECCION DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratados, 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. Los bienes que entregue la Entidad al CONTRATISTA para el desarrollo de las tareas objeto del presente contrato, se realizará mediante inventario, el cual tendrá fecha de suscripción la misma en que se inicie el contrato.	SI	NINGUNA
14. Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado, cuando así se requiera.	SI	NINGUNA
15. Ejercer su profesión con moral y ética	SI	NINGUNA
16. Rendir los informes que la DIRECCION DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 requiera en los plazos determinados.	SI	NINGUNA
17. Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar, emitir conceptos que se requieran.	SI	NINGUNA
18. Cláusula de Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá	SI	NINGUNA

26. El contratista deberá diligenciar la hoja de vida y bienes y renta mediante aplicativo Sigep II	SI	NINGUNA
27. El contratista deberá realizar el curso de integridad, transparencia o lucha contra la corrupción implementada por el DAFP para los servidores públicos	SI	NINGUNA
28. El contratista deberá dar cumplimiento a lo establecido en el decreto 441 del 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social por medio del cual se sustituye el capítulo cuatro del título tres de la parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pagos, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.	SI	NINGUNA
29. Participar en reuniones, comtes y mesa de trabajo en temas relacionados con los procesos a cargo de la dependencia para la cual presta los servicios **OBLIGCIOIONES ESPECIFICAS.**	SI	NINGUNA
30. Recibir diariamente las solicitudes de servicios de salud de las áreas de sanidad de su jurisdicción.	SI	NINGUNA
31. Registrar las solicitudes realizadas de manera presencial por usuarios en la Referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	SI	NINGUNA
32. Verificar los derechos del usuario de cada solicitud recibida en la cabecera de región.	SI	NINGUNA
33. Verificar que cada solicitud cumpla con los requisitos, la documentación, el correcto diligenciamiento y la orden médica de servicios.	SI	NINGUNA
34. Verificar niveles de complejidad, si es pertinente para la red disponible, la prioridad de la solicitud y si es o no competencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, conforme a los protocolos establecidos.	SI	NINGUNA
35. Dar respuesta a la unidad solicitante de aquellos casos con soportes incompletos y/o que por su complejidad son competencia de cada Área o Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	SI	NINGUNA
36. Enviar a otras Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 las solicitudes que son de mayor complejidad o para las que no se dispone de oferta en la jurisdicción.	SI	NINGUNA
37. Realizar la aclaración de dudas, direccionar las solicitudes, Contrarreferencia y/o entrega de órdenes a los usuarios y/o familiares que requieran los servicios	SI	NINGUNA
38. Verificación de afiliación en el subsistema de salud de la Policía Nacional y unidad en la que labora	SI	NINGUNA
39. Verificación de estado en la base de datos FOSYGA.	SI	NINGUNA
40.Abrir franja para realizar el agendamiento de los usuarios al médico de Contrarreferencia	SI	NINGUNA
41.Direccionar la orden de Contrarreferencia al médico de Contrarreferencia	SI	NINGUNA
42. Indicar para cada nivel cuales fueron asignadas, cuales quedaron pendientes y cuales fueron anuladas o devueltas.	SI	NINGUNA
43. Atender de manera personal y telefónica al cliente interno y externo que se comunique con la dependencia, utilizando los canales de comunicación asignados para tal fin	SI	NINGUNA

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
No 01 del 16/12/2024	**$1.156.711.27**	17/10/2024 al 30/10/2024	**$ 1.156.711.27**	Cuenta de cobro 01	**$1.156.711.27**	$7.536.00	**432733924**

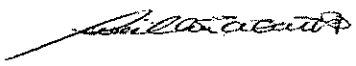
5. RECOMENDACIONES

No se tiene recomendaciones en este periodo de supervisión

6. CONCLUSIONES

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
Teniente **JUAN CARLOS CABRERA MONTILLA**
Jefe Grupo Redes Integrales de Servicios en Salud
Supervisor Contrato No. 81-7-20234-24
Correo electrónico: juan.cabrera@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3102717864

Ciudad y fecha:	BOGOTÁ, 01 NOVIEMBRE DEL 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1
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.	**No. 81-20234-24**
Constancia de recibido No.	1
Contratista:	YURI DANIELA BERNAL TIBOCHA
NIT del contratista:	1001193284
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION SERVICIOS EN SALUD COMO ENFERMERA PROFESIONAL
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:	$ 21.919.482.00
Plazo de ejecución:	17/10/2024 - 16/04/2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Cra 68 B Bis N° 44-58 EDIFICIO EDGAR YESID DUARTE VALERO TORRE A, BOGOTÁ
Incumplimiento del plazo de ejecución Si___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	TENIENTE JUAN CARLOS CABRERA MONTILLA RESPONSABLE REDES INTEGRALES SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
Fecha de entrega certificada:	**17 AL 30 DE OCTUBRE 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

Bogotá D.C, 01 Noviembre del 2024

Señores:

Regional de aseguramiento en salud N° 1

Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo YURI DANIELA BERNAL TIBOCHA identificada con cédula de ciudadanía C.C N° 1001193284 expedida en 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 la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1**, además mi condición es de **NO Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

YURI DANIELA BERNAL TIBOCHA
C.C 1001193284 expedida en Bogotá D.C
TELEFONO 3123252391

CUENTA DE COBRO N°1 **DIAN N° ____**

Bogotá D.C, 01 Noviembre del 2024

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1

NIT. 900336524-5

DEBE A:

YURI DANIELA BERNAL TIBOCHA identificado con Cédula de Ciudadanía N° 1001193284 expedida en Bogotá D.C, la suma de **$1.156.711.27** por concepto de las actividades desempeñadas durante los días del **17 al 30 de OCTUBRE DEL 2024**, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios **No. 81-20234-24** suscrito con la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1 para prestar mis servicios como ENFERMERA PROFESIONAL.

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° **0550488415947347** BANCO DAVIVIENDA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Daniela Bernal

YURI DANIELA BERNAL TIBOCHA
C.C 1001193284 expedida en Bogotá D.C
TELEFONO 3123252391

Bogotá D.C, 01 Noviembre del 2024

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

YO, YURI DANIELA BERNAL TIBOCHA en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1001193284 expedida en 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 1,044% 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. 81-20234-24** con la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1**

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION
HONORARIOS MENSUALES	2.478.667,00	$1.156.711,27
BASE COTIZACION 40%	1.300.000,00	1.300.000,00
APORTE SALUD 12,5%	162.500,00	0,00
APORTE PENSION 16%	208.000,00	0,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%		
ADMINISTRATIVOS 1,044%	16.600,00	0,00



YURI DANIELA BERNAL TIBOCHA
C.C 1001193284 expedida en Bogotá D.C
TELEFONO 3123252391

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) YURI DANIELA BERNAL TIBOCHA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1001193284, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20241010	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
NICOLE ISABELLA RAMIREZ BERNAL	HI	1013158381	RC	20241010	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Octubre de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
26463136

CER-AFI

VIGILADO SUPERSALUD
Vigilado SuperSubsidio

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **YURI DANIELA BERNAL TIBOCHA** identificado con **CC** No. **1001193284**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA - NI. 901361596	**Fecha de inicio de cobertura:** 22/10/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 17/10/2024 **Fecha fin de Contrato:** 16/04/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401020586116.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YURI DANIELA BERNAL TIBOCHA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.193.284**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.