**N. 05 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No 1**

**GS-2025 --005426 - REGI1**

Bogotá, 12 de marzo de 2025

Señor mayor
YAZID GUERRERO RODRIGUEZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 1 (E)
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** | **01/02/2025** | **Hasta** | **14/02/2025** |

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: 04

1. Informe supervisión del mes de OCTUBRE de 2024 entre el 17/10/2024 Al 30/10/2024, publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial No. GS-2024-023571-REGI1
2. Informe supervisión del mes de NOVIEMBRE de 2024 entre el 01/11/2024 Al 30/11/2024, publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial No. GS-2024-0023572-REGI1.
3. Informe supervisión del mes de DICIEMBRE de 2024 entre el 01/12/2024 Al 31/12/2024, publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial No. GS-2025-002470-REGI1
4. Informe supervisión del mes de ENERO de 2025 entre el 01/01/2025 Al 31/01/2025, publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial No. GS-2025-005421-REGI1

**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** |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato** | **16/04/2025** |
| **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*** | NO APLICA |
| **Prorrogas** | NO APLICA |
| **Otros** | NO APLICA |

## 1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

**1.1 Acciones adelantadas:**

- Verificación del cumplimiento de actividades a desempeñar de acuerdo al direccionamiento de las mismas.
- Se verifica la entrega de las cuentas de cobro.
- Cumplimiento de las actividades y/o tareas asignadas de acuerdo al objeto contractual.
- Seguimiento a las obligaciones del contratista.

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| 1. Cumplir con el objeto contractual. | SI | NINGUNA |
| 2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas | SI | NINGUNA |
| 3. Responder en los plazos que la POLICÍA NACIONAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule. | SI | NINGUNA |
| 4. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago. | SI | NINGUNA |
| 5. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única. | SI | NINGUNA |

| | | |
|---|---|---|
| 6. 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 civil, penal y disciplinariamente 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. | SI | NINGUNA |
| 7. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias. | SI | NINGUNA |
| 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 revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial, duración. El acuerdo regirá durante el tiempo que dure el contrato, derechos de propiedad, toda información intercambiada es de propiedad exclusiva de la parte de donde proceda. En consecuencia, ninguna de las partes utilizará información de la otra para su propio uso, modificación o terminación. El acuerdo solo podrá ser modificado o darse por terminado con el consentimiento expreso por escrito de ambas partes. | SI | NINGUNA |
| 19. Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. | SI | NINGUNA |
| 20. Cumplir con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social integral en los términos del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 en concordancia con el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003, Ley 828 de 2003 y Ley 1122 de 2007, 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. | SI | NINGUNA |
| 21. Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la DIRECCION DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 POLICÍA NACIONAL, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres. | SI | NINGUNA |
| 22. Presentar dentro de los cinco (5) días hábiles antes de la fecha de terminación del contrato al supervisor del mismo, un informe consolidado sobre todas las actividades desarrolladas durante el | SI | NINGUNA |

| | | |
|---|---|---|
| término de su ejecución, así mismo hará entrega de los bienes inventariados para el desarrollo de las tareas del objeto contractual. | | |
| 23. El contratista deberá realizar todas las actividades propis para las que fue contratado dando cumplimento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el sistema de gestión integral. | SI | NINGUNA |
| 24. El contratista en cumplimiento de las obligaciones pactadas, deberá tener estricta observancia a las guías de manejo diseñadas por la Dirección de Sanidad para el desarrollo de la prestación de los servicios de salud, objeto de la presente contratación. | SI | NINGUNA |
| 25. El contratista deberá informar al supervisor del contrato, las incapacidades médicas que se generen. | 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 |
| 44. Tramitar los requerimientos institucionales y particulares recibidos a través del correo electrónico, office comunicador, fax y demás medios de comunicación | SI | NINGUNA |
| 45. Realizar periódicamente copia magnética de la información que se maneje en la dependencia, como soporte ante cualquier pérdida o daño de los equipos de cómputo. | SI | NINGUNA |
| 46. Tramitar las comunicaciones emitidas por Referencia, Contrarreferencia y autorizaciones. | SI | NINGUNA |
| 47. Solicitar y distribuir los elementos de uso logístico en la dependencia, necesarios para el normal desarrollo de las actividades, realizando un seguimiento de control de buen uso de los elementos asignados para el servicio. | SI | NINGUNA |

**1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA**

Sin novedad

**3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:**

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (118) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (62) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

**4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:**

LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 se obliga a pagar el valor del presente contrato al contratista, en contados que se pagaran por mensualidades vencidas a razón de DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS CON CERO CENTAVOS (**$2.478.667.00**) MONEDA LEGAL COLOMBIANA o su equivalente por fracciones de mes según el caso. PARAGRAFO PRIMERO. Los anteriores honorarios corresponden a servicios prestados a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 por un tiempo no inferior a CIENTO NOVENTA (190) HORAS MENSUALES, la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1. Pagará el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista dentro de los primeros 15 días de cada mes, 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, de acuerdo al derecho a turno y la programación de Plan Anual de Caja (PAC). Si los documentos en referencia no son entregados dentro del plazo establecido o son devueltos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 por inconsistencias como falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 se obliga a cancelar la cuenta el mes siguiente a la fecha programada en el PAC aprobado por Ministerio de Hacienda. En consecuencia, no obstante, la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual.

**4.1. Ejecución Financiera y Pagos:**

a. **Balance general de pagos y entregas**

| | | Valor en pesos | % del valor del contrato |
|---|---|---|---|
| **Valor total del contrato** | $ | 14.872.002.00 | 100% |
| **Valor total de las entregas** | $ | 9.749.423,54 | 66% |
| **Valor total facturado** | $ | 8.592.712,27 | 58% |
| **Valor facturado pendiente de pago** | $ | 6.279.289,73 | 42% |
| **Valor pagado** | $ | 8.592.712,27 | 58% |
| **Valor pendiente de entrega** | $ | 5.122.578,46 | 34% |

| **a. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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 05 del 12/03/2025 | **$1.156.711.27** | 01/02/2025 al 14/02/2025 | **$ 1.156.711.27** | Cuenta de cobro 05 | **$1.156.711.27** | PENDIENTE | **PENDIENTE** |

*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

| | |
|---|---|
| | Bogotá, D.C. 1 de marzo 2025 |
| Unidad: | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra: <br>Contrato de obra: <br>Contrato de consultoría: <br>Contrato de prestación de servicios: X<br>Contrato de compraventa: <br>Contrato de suministro: <br>Contrato interadministrativo: |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 81-20234-24 |
| Constancia de recibido No. | 06 |
| Contratista: | YURI DANIELA BERNAL TIBOCHA |
| NIT del contratista: | 1001193284 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | PRESTACION SERVICIOS EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA |
| 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: | $ 14.872.002.00 |
| Plazo de ejecución: | 17/10/2024 al 16/04/2025 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | NO APLICA |
| Lugar de ejecución y/o entrega | Cra 68 B bis No 44-58 Edificio BG EDGAR YESID DUARTE VALERO Torre A. ubicado en la ciudad de Bogotá |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X | |
| Nombre del supervisor/coordinador del | Teniente JUAN CARLOS CABRERA MONTILLA |

| | |
|---|---|
| contrato y cargo que desempeña: | Jefe Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud |
| Fecha de entrega certificada: | Febrero de 1 al 14 de 2025 |
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia (indicar la vigencia del valor de la entrega 2025) | |
| Acta de recepción de bienes | NO APLICA |

| Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar * | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RASES 1 | 16 | PRESTACION SERVICIOS EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA | $ 1.156.711,27 | $ 1.156.711,27 | | $ 1.156.711,27 |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 06 | 01/03/2025 | 1.156.711,27 | | 1.156.711,27 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | | | 1.156.711,27 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Informe de actividades mensual las actividades se prestaron dentro del plazo de ejecución, 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°06 de fecha 01de marzo 2025.

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicos relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Recibir diariamente las solicitudes de servicios de salud de las áreas de sanidad de su jurisdicción. | si_x_ No___ | Recepcion verificacion y radicacion de ordenes allegadas dia |
| 2 | Verificar los derechos del usuario de cada solicitud | si_x_ No___ | Mediante el aplicatico SISAP se verifica que el paciente cuente con derechos plenos para dar continuidad al tramite requerido |
| 3 | Verificar que cada solicitud cumpla con los requisitos, la documentación, el correcto diligenciamiento y la orden médica de servicios. | si_x_ No___ | Revisar que sean allegados los documentos solicitados para el tramite solicitado |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | 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_x_ No___ | Verificar los servicios con los que se cuentan |
| 5 | 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_x_ No___ | Informar en que casos no es possible el apoyo por no disponibilidad o falta de informacion |
| 6 | 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_x_ No___ | Indicar que en que casos no es posible el apoyo por falta de recursos |
| 7 | Realizar la aclaración de dudas, direccionar las solicitudes, Contrareferencia y/o entrega de órdenes a los usuarios y/o familiares que requieran los servicios. | si_x_ No___ | Tomar contacto con los peticionarios en caso de no tener claridad en la solicitud |
| 8 | Verificación de afiliación en el subsistema de salud de la Policía Nacional y unidad en la que labora. | si_x_ No___ | Verificar que el peticionario tenga derechos al subsistema de salud de Policia Nacional |
| 9 | 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_x_ No___ | Atender llamadas de los usuarios para realizar aclaraciones de sus peticiones |
| 10 | Tramitar los requerimientos institucionales y particulares recibidos a través del correo electrónico, office comunicador, fax y demás medios de comunicación | si_x_ No___ | Tener en cuenta las solicitudes que son allegadas tambien mediante correo electronico y realizar el tramite correspondiente. |

**NOTA: p**ara la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

**Observación**: terminación de contrato por mutuo acuerdo del 1 al 14

Teniente JUAN CARLOS CABRERA MONTILLA
Responsable Redes Integrales Servicios De Salud No 1
Supervisor de Contrato

**CUENTA DE COBRO N° 06** **DIAN No_____**

Bogotá D.C. 1 de marzo de 2025

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1

NIT. 900.336.524-5

DEBE A:

YURI DANIELA BERNAL TIBOCHA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1001193284 de Bogotá, la suma de $ 1.156.711,27 por concepto de las actividades desempeñadas del 1 al 14 de febrero del 2025, 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 No 1 para prestar mis servicios como Auxiliar de Enfermería.

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

Atentamente,

Daniela Bernal

YURI DANIELA BERNAL TIBOCHA

CC **1001193284** de Bogotá

TELEFONO 3123252391

Bogotá D.C. 01 de MARZO 2025

Señores:

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1

Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

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

Cordialmente,

Daniela Bernal

YURI DANIELA BERNAL TIBOCHA

CC **1001193284** de Bogotá

TELEFONO 3123252391

Bogotá D. C.01 de marzo 2025

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 de Bogota, 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 No 1 .

| **VALOR A COTIZAR** | | **VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No.83996600** |
|---|---|---|
| HONORARIOS MENSUALES | 2.478.667,00 | 2.478.667,00 |
| BASE COTIZACION 40% | 1.423.500,00 | 1.423.500,00 |
| APORTE SALUD 12,5% | $ 178.000,00 | $ 178.000,00 |
| APORTE PENSION 16% | $ 227.800,00 | $ 227.800,00 |
| **APORTE RIESGOS PROFESIONALES** | | |
| ASISTENCIALES 2,436% | | |
| ADMINISTRATIVOS 1,044% | $ 14.900,00 | $ 14.900,00 |

Observacion:

Cordialmente,

Daniela Bernal

YURI DANIELA BERNAL TIBOCHA
CÉDULA: 1001193284 de Bogota
TELÉFONO: 3123252391

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| 1001193284 | YURI DANIELA BERNAL TIBOCHA | | diag 67 c sur 18 i 76 | 3123252391 | yudanyeder@gmail.com | |
| CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-01 | 2025-01 | I | 06/02/2025 | 83996600 | $420,700 | |

## LES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| Compensar EPS | 860066942-7 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 178.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Porvenir | 800224808-8 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 227.800 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| Positiva Seguros | 860011153-6 | 14.900 | | | | 14.900 | 0 | 0 | 14.900 | | | 149 | 14.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| F | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| te | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 178.000 | 178.000 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 227.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 14.900 | 14.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 420.700 | 420.700 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



**DATOS DEL APORTANTE**

| ?O | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C | 1001193284 | YURI DANIELA BERNAL TIBOCHA | | diag 67 c sur 18 i 76 | 3123252391 | yudanyeder@gmail.com | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| MA TACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | NO |

**DATOS DE LA PLANILLA**

| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-01 | 2025-01 | I | 06/02/2025 | 83996600 | $420,700 | |

## COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | IGE | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCION | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| BERNAL TIBOCHA YURI DANIELA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.423.500 | 178.000 | 14-23 | 1.423.500 | 2 | 14.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información