**No. GS-2025-** 036812 **- DISAN**

Bogotá D.C, 05 de mayo de 2025

Señor Coronel
JUAN PABLO BLANCO SIERRA
Director Hospital Central Policía Nacional
Bogotá

**ASUNTO:** Informe de supervisión del contrato No. 96-7-201322-24

**TIPO DE INFORME:**

**PERIÓDICO _ X _ O FINAL _ _**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | 01/04/2025 | **Hasta** | 30/04/2025 |

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 orden interna 022 de 15/02/2024 debidamente facultado para celebrar contratos y liquidar los mismos de cuerdo a la resolución No. 2115 del 23 de junio 2023, el señor coronel JUAN PABLO BLANCO SIERRA obrando en calidad del Director del Hospital Central de la Policía Nacional, mediante comunicación oficial No. **GS-2024-092084-DISAN** del 27 de Noviembre 2024 nombró como supervisor del contrato a la señorita **Patrullera MAYERLING ROSSANA PERTUZ SERRANO**

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Mensual

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 06**

1. Informe de supervisión del mes de noviembre 2024 del periodo comprendido entre el 22/11/2024 al 30/11/2024, presentado -mediante comunicación oficial No. GS-2024-101447-DISAN
2. Informe de supervisión del mes de diciembre 2024 del periodo comprendido entre el 01/12/2024 al 30/12/2024, presentado -mediante comunicación oficial GS-2025-000653-DISAN
3. Informe de supervisión del mes de enero 2025 del periodo comprendido entre el 01/01/2025 al 30/01/2025, presentado -mediante comunicación oficial GS-2025-009883-DISAN
4. Informe de supervisión del mes de febrero 2025 del periodo comprendido entre el 01/02/2025 al 28/02/2025, presentado -mediante comunicación oficial GS-2025-021929-DISAN

5. Informe de supervisión del mes de marzo 2025 del periodo comprendido entre el 01/03/2025 al 30/03/2025, presentado -mediante comunicación oficial GS-2025-028589-DISAN
6. Informe de supervisión del mes de abril 2025 del periodo comprendido entre el 01/04/2025 al 30/04/2025, presentado -mediante comunicación oficial sin radicado.

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | 96-7-201322-24 |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA ASISTENCIAL |
| **Contratista** | LEHYSE JULEYD TOVAR RAMIREZ |
| **Representante legal** | LEHYSE JULEYD TOVAR RAMIREZ |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | $ 26.311.998,00 |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | N/A |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | $ 26.311.998,00 |
| **Plazo de ejecución inicial** | 176 DÍAS |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 22/11/2024 |
| ***Fecha de terminación* del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | *17/05/2025* |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | N/A |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | N/A |
| **Adiciones** | N/A |
| **Modificatorios** | N/A |
| **Prorrogas** | N/A |
| **Otros** | N/A |

**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 | N/A |
| 2. El contratista deberá suscribir las pólizas, según lo establecido en la cláusula "MECANISMOS DE COBERTURA, a cargo del Contratista. | SI | N/A |
| 3. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. | SI | N/A |
| 4. Responder en los plazos que el Hospital Central establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule. | SI | N/A |
| 5. Cumplir cabalmente 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, Decreto 1273 de 2018, lo cual se constituirá en requisito previo para cada uno de los pagos pactados. 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 | El contratista cumplió con el pago de parafiscales, como se evidencia en la planilla No.85469618 |
| 6. 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 Dirección del Hospital Central para que se adopten las medidas necesarias. | SI | N/A |
| 7. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismo en el proceso de ejecución | SI | N/A |
| 8. Restituir al Hospital Central 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 que se haya suministrado. | SI | N/A |
| 9. Contribuir con el desarrollo del establecimiento de Sanidad Policial donde preste sus servicios, revisando y mejorando los procesos de *atención a fin de ofrecer un servicio eficiente y de calidad a los* usuarios | SI | N/A |
| 10. 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 **DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL**, 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. Los bienes que entregue la Entidad al **CONTRATISTA** para el desarrollo de las tareas objeto del presente *contrato, se hará mediante inventario, el cual se suscribirá al inicio del* contrato. | SI | N/A |
| 11. Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera. | SI | N/A |
| 12. Ejercer su profesión con moral y ética. | SI | N/A |
| 13. Hacer parte de los comités académicos, administrativos, de casos especiales, estructuradores y de evaluación de las contrataciones administrativas que lleve a cabo la DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL para los cuales sea designado, asumiendo las | SI | N/A |

| | | |
|---|---|---|
| obligaciones establecidas en el acto de designación sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones contractuales. | | |
| 14. Rendir los informes que la DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL requiera dentro de los plazos determinados. | SI | N/A |
| 15. Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar y emitir los conceptos que se requieran. | SI | N/A |
| 16. 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, 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. | SI | N/A |
| 17. Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la **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 | N/A |
| 18. El contratista se compromete a pasar al supervisor la cuenta de cobro mensual anexando, la planilla de pago de aportes de salud, pensión, ARL, el recibo de satisfacción con la firma del supervisor de contrato, carta al Hospital Central, Carta cuenta de cobro y carta de parafiscales. | SI | N/A |
| 19. Si durante la ejecución del contrato surgen INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES, el contratista deberá informar al Supervisor del contrato y a la Dirección del Hospital, para adelantar el trámite correspondiente. | SI | N/A |
| 20. 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 su ejecución, así mismo hará entrega de los bienes inventariados para el desarrollo de las actividades del objeto contractual. | SI | N/A |
| 21. 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). | SI | N/A |
| 22. De acuerdo con lo establecido en el Decreto 2482 de 2010 en su artículo 8, una vez puesto en marcha el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP, el **CONTRATISTA** deberá incluir la información requerida por el Departamento Administrativo de la Función Pública. | SI | N/A |
| 23. El contratista se compromete a tener usuario registrado ante la plataforma SECOP II (Colombia Compra Eficiente) y mantenerlo activo, con el fin de aceptar digitalmente los contratos, adiciones y/o modificaciones que le sean enviados por la entidad estatal Hospital Central, así mismo deberá subir las pólizas para ser aprobadas por la Entidad estatal en el momento en que se le requiera. | SI | N/A |
| 24. *El CONTRATISTA deberá diligenciar adecuadamente las historias* clínicas de manera amplia, clara y suficiente según la naturaleza y deber funcional del profesional, adherirse a los protocolos médicos, guías de manejo y demás instrucciones para el servicio, así mismo cuando por la irregularidad en la historia clínica impida el recobro a las aseguradoras del servicio prestado, podrán ser objeto de sanciones pecuniarias y disciplinarias previo agotamiento del debido proceso entre las partes. | SI | N/A |
| 25. El CONTRATISTA deberá ingresar, en la plataforma destinada para tal fin y diligenciar en forma oportuna y en los plazos establecidos | SI | N/A |

| | | |
|---|---|---|
| encuestas y demás actuaciones indicadas por la DIRECCION DE SANIDAD y POLICIA NACIONAL | | |
| 26. El CONTRATISTA cuando en ejercicio de su profesión deba prescribir actividades y procedimientos médicos y medicamentos deberá acogerse al Acuerdo 052 del 01-04-2013 del consejo superior de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y a las guías de manejo establecidas y que se establezcan en la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional cuando a ello haya lugar. | SI | N/A |
| 27. Conforme a las necesidades del HOSPITAL CENTRAL el contratista deberá realizar las actividades específicas señaladas en el Anexo 1 "DATOS DEL CONTRATO" del presente contrato so pena de incumplimiento legal conforme a las estipulaciones planteadas en el mismo. | SI | N/A |
| 28. El contratista debe cumplir con la normatividad ambiental vigente como son las siguientes: Constitución Política, Decreto Ley 2811 de 1974, Ley 99 de 1993, Ley 9 de 1979,Ley 253 de 1996, Ley 55 de 1993, Ley 430 de 1998, Decreto 2 de 1982, Decreto 1594 de 1984, Decreto 948 de 1995, Decreto 1575 de 2007, Decreto 3930 de 2010, Decreto 4741 de 2005, Decreto 1609 de 2002, Decreto 351 de 2014, Resolución 1164 de 2002, Resolución 222 de 2011, Resolución 1223 de 2014, Resolución 631 de 2015, y demás que le apliquen, deroguen y/o modifiquen. Así como asumirá cualquier infracción o multa ambiental que se genere por conductas inseguras (vertimientos intencionales o accidentales de sustancias químicas, abandono de insumo o residuos sin etiquetas, retiro de residuos sin autorización, transporte de residuos en vehículos no autorizados, vehículos con emisiones atmosféricas representativas y demás que conduzcan a generar mayor impacto al medio ambiente o coloquen en riesgo la salud humana, que por ende representen incumplimiento normativo para el Hospital Central y en general para la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. | SI | N/A |
| 29. **En cumplimiento al artículo 2.2.4.1.5 del Decreto 1072 del 26 de Mayo de 2015** y la Resolución N° 01956 del 25/04/2018 DIRECCIÓN GENERAL artículo 7, numerales 1,2 – artículo 11, instructivo 004 del 09 de Abril de 2019. 1). Procurar el cuidado integral de su salud. 2). Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. 3). Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST). 4). Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. 5). Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitaciones del SG-SST. 6). Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. 7). Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo. 8) Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. 9). Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los comités de seguridad y salud en el trabajo o la Administradora de Riesgos Laborales. 10). Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y salid en el trabajo SG-SST. 11). Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato. 12). Conocer la Política de seguridad y Salud en el trabajo de la Policía Nacional. 13). Realizar auto-reporte de condiciones de trabajo y de salud cuando le sea solicitado. 14). Allegar de manera inmediata al supervisor del contrato, las incapacidades médicas que se generen. | SI | N/A |

| | | |
|---|---|---|
| 30. Recibir capacitaciones de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional a través de la Escuela de Excelencia Corporativa respecto a la actualización y fortalecimiento de competencias en temas técnicos, científicos, administrativos institucionales, estratégicos y normativos para ser aplicado en el modelo de atención integral en salud del SSPN. | SI | N/A |

**NOTA:** LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES SE DESARROLLARAN DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO, EN FORMA DIARIA.

OBLIGACIONES DEL HOSPITAL CENTRAL

| OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| 1. Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado. | SI | N/A |
| 2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien el HOSPITAL CENTRAL mantendrá la interlocución permanente y directa con el CONTRATISTA. | SI | N/A |
| 3. *Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del* Supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado. | *SI* | *N/A* |
| 4. Recibir a satisfacción el servicio prestado por el CONTRATISTA, cuando este cumpla con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el "ANEXO TÉCNICO". | SI | N/A |
| 5. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno el HOSPITAL CENTRAL, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos por mora o incumplimiento. | SI | N/A |
| 6. Pagar al CONTRATISTA en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC, previstas para el efecto. | SI | N/A |
| 7. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo, como consecuencia de la suscripción del contrato. | SI | N/A |
| 8. Solicitar y recibir información técnica respecto del servicio y del CONTRATISTA, en desarrollo del objeto del contractual. | SI | N/A |
| 9. Rechazar el servicio cuando no cumpla con los requerimientos técnicos exigidos. | SI | N/A |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA ESPECIFICAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| 1. Revisar y organizar de conformidad con la Guía de Gestión Documental según la normatividad vigente | SI | N/A |
| 2. Hacer el recibo y entrega de turno de acuerdo al protocolo institucional y a la hora establecida por la institución para tal fin junto con el equipo de auxiliares y enfermeras jefes que entregan y quienes reciben el servicio. | SI | N/A |
| 3. Una vez asignado el servicio en el cual prestará el turno, el contratista, deberá permanecer activamente en el mismo atento a las órdenes de enfermería, coordinadores y/o médicos del turno. | SI | N/A |
| 4. Realizar la atención de ingreso, egreso y de traslado de pacientes de acuerdo a los protocolos instituciones y bajo la seguridad del paciente. | SI | N/A |

| | | |
|---|---|---|
| 5. Mantener informado a la enfermera jefe sobre los procedimientos, exámenes realizados y cambios que observe en los pacientes y estado general del mismo. | SI | N/A |
| 6. Realizar en solitario la movilización y traslado de pacientes de alto, mediano y bajo riesgo (cuando sea necesario la hará conjuntamente con el personal de enfermería del servicio). | SI | N/A |
| 7. Adherirse y cumplir de forma permanente los protocolos del departamento de enfermería según el lugar asignado para el cumplimiento de sus funciones ejerciendo su profesión con ética y moral. | SI | N/A |
| 8. Priorizar en todos los servicios el cumplimiento del protocolo de bioseguridad aplicando las medidas de asepsia y prevención de infecciones intrahospitalarias de acuerdo a la normatividad vigente, que asegure un ambiente sano y seguro a los pacientes. | SI | N/A |
| 9. Participar en los programas docente asistenciales que desarrollo el hospital central, dirección de sanidad mediante los convenios con otros centros educativos o de formación. | SI | N/A |
| 10. Dar cumplimiento y realizar seguimiento a las directivas institucionales que procedan para la prestación del servicio, *participando activamente en las brigadas de salud programadas por* la dirección de sanidad en aquellos sitios donde la entidad la requiera. | SI | N/A |
| 11. .) Cumplir con el decálogo genérico para la atención al usuario. Trato humanizado. | SI | N/A |
| 12. El contratista se compromete a la adherencia a los protocolos institucionales, en especial a los referentes para la atención del SARS COVID II y en específico con la utilización estricta de los elementos de protección personal, distanciamiento social cuando este sea conveniente (consumo de alimentos, reuniones, entre otros). | SI | N/A |
| 13. Cumplir con las obligaciones de tipo administrativo de los diferentes procesos que se llevan en el Hospital Central de la Policía y que le sean asignados. | SI | N/A |
| 14. Participar en el planeamiento de acciones multidisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud. | SI | N/A |
| 15. Realizar el proceso de archivo teniendo en cuenta y dando aplicación a la ley general de archivo de toda la documentación que le sea asignada. | SI | N/A |
| 16. Responder PQRS y diseño del protocolo revisión de historias clínicas en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. | SI | N/A |
| 17. Colaboración en el proceso de depuración de las historias clínicas servicios de hospitalización. | SI | N/A |
| 18. Utilizar uniforme gris, zapatos blancos de cuero antideslizante, cabello recogido. | SI | N/A |
| 19. Permanecer en el servicio asignado. | SI | N/A |

## 2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

N/A

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (157) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (19) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

## 4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El pago del presente contrato se realizará 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 del mes inmediatamente anterior, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, informe de actividades junto con los documentos requeridos, de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC), se efectuará en *MENSUALIDADES por un valor de CUATRO MILLONES, TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL,* TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS **($ 4.385.333,00) MODENA LEGAL COLOMBIANA** de acuerdo a la Resolución N° 193 DEL 14/05/2024 de la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional.

Si los documentos en referencia no son entregados dentro del plazo establecido, o son devueltos por el HOSPITAL CENTRAL por inconsistencias como falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, el HOSPITAL CENTRAL se obliga a cancelar la cuenta el mes siguiente a la fecha programada en el PAC, aprobado por Ministerio de Hacienda.

### 4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

| **a. 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 | $26.311.998,00 | 100% |
| Valor total de las entregas | $23.242.264,90 | 88,33% |
| Valor total facturado | $4.385.333,00 | 16,67% |
| Valor facturado pendiente de pago | $3.069.733,10 | 11,67% |
| Valor pagado | $4.385.333,00 | 16,67% |
| Valor pendiente de entrega | $3.069.733,10 | 11,67% |

**b. 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** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No.07 | $4.385.333,00 | del 01/04/2025 al 30/04/2025 | $4.385.333,00 | N/A | En trámite | En trámite | En trámite |

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

N/A

## 5. RECOMENDACIONES

La contratista cumple a satisfacción con las actividades contratadas, dentro del plazo establecido, con las especificaciones y condiciones estipuladas en el contrato y cumple con la obligación de afiliación y cotización a los sistemas de seguridad social, salud y riesgos profesionales, según planilla de aporte en línea No. 85469618, se recomienda continuar con la entrega de los informes en las fechas estipuladas.

## 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 Mayerling Pertuz Serrano


PT. MAYERLING ROSSANA PERTUZ SERRANO
Profesional de Enfermería
**Supervisor Contrato u orden de Compra** 96-7-201322-24
Correo electrónico: mr.pertuz@correo.policia.gov.co
No. Celular:3106256417


Elaborado por: PT. Mayerling Rossana Pertuz Serrano
Revisado por: PT. Mayerling Rossana Pertuz Serrano

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

**Radicado GECOP No.** _____

Capitán
JEBRAIL MURILLO ZULETA
Jefe Grupo Financiero HOCEN

TURNO No.

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. SISCO: | N/A | No. REGISTRO QUIPU: | |
| No. CONTRATO: | 96-7-201322-24 | FECHA DE RECIBIDO : | |
| VALOR PAGO: | 4.385.333,00 | NUMERO DE RADICADO SIIF: | |
| VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR : | N/A | CONTRATISTA:. | LEHYSE JULEYD TOVAR RAMIREZ |
| No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO | 7 | NIT DEL CONTRATISTA: | 53.040.765 |

**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: N/A CUENTA BANCARIA: 132252412 AHORROS

JEFE YURLYS

| | | |
|---|---|---|
| 5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) | | OK |
| 6. FACTURA ORIGINAL: | | OK |
| 7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: | 11/04/2025 | OK |
| 8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: | N/A | |
| 8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN | N/A | |
| 9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP | | OK |
| 10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP | | OK |
| 11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. | | N/A |
| 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, | | OK |

OBSERVACIONES : _____

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

_____

Analista Central de Cuentas HOCEN

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

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

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO. SI NO

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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

| | |
|---|---|
| Ciudad y Fecha | BOGOTA D.C, MAYO 2025 |
| Unidad: | HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL |
| 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. 96-7-201322-24** |
| Constancia de recibido No. | **No. 7** |
| Contratista: | **LEHYSE JULEYD TOVAR RAMIREZ** |
| NIT del contratista: | **53.040.765 de Bogotá** |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO **ENFERMERO PROFESIONAL** |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | N/A |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | **$ 26.311.998,00** |
| Plazo de ejecución: | 22 de Noviembre de 2024 al 17 de Mayo de 2025 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | N/A |
| Lugar de ejecución y/o entrega | **HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL**<br>CARRERA 59 #26-21 CAN |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI_X_NO___ | |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | **PT. MAYERLING ROSSANA PERTUZ SERRANO**<br>Enfermera Profesional – Supervisor de Contrato |

| | |
|---|---|
| Fecha de entrega certificada: | **ABRIL DE 2025** |
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025. | |

| Unidad | Recurso | Descripción del o servicios recibidos. | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o a descontar | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HOCEN | 16 | JEFE | 4.385.333,00 | 4.385.333,00 | N/A | 4.385.333,00 |

| | |
|---|---|
| Acta de recepción de bienes | N/A |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 7 | MAYO 2025 | 4.385.333,00 | | 4.385.333,00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | 4.385.333,00 | | 4.385.333,00 |

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista **CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO**: Informe de Actividades Mensual los servicios 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.

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 servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO Sí X No__ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Las pactadas en la Cláusula N°5, actividades específicas para la prestación del servicio. | | |

**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.

Mayerling Pertuz Serrano

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**PT. MAYERLING ROSSANA PERTUZ SERRANO**
Enfermera Profesional – Supervisor de Contrato

**CUENTA DE COBRO N° 7**

Bogotá D.C, **MAYO 2025**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

**LEHYSE JULEYD TOVAR RAMIREZ** identificado con Cédula de Ciudadanía No. **53.040.765** expedida en **Bogotá** la suma de **4.385.333,00** por concepto de las actividades desempeñadas en el mes de **ABRIL** del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **96-7-201322-24** suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como **ENFERMERA PROFESIONAL**

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° **132252412** del **BANCO DE BOGOTÁ** de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Lehyse Tovar

Nombres y apellidos: **LEHYSE JULEYD TOVAR RAMIREZ**

CC. **53.040.765 de Bogotá**

Teléfono: **302 8560019**

Bogotá D.C, **MAYO 2025**

Señores:
Hospital Central de la Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, **LEHYSE JULEYD TOVAR RAMIREZ** identificada con cédula de ciudadanía N° **53.040.765** 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: Lehyse Tovar

Nombres y apellidos: **LEHYSE JULEYD TOVAR RAMIREZ**

Cedula: **53.040.765 de Bogotá**

Bogotá D.C, MAYO 2025

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, LEHYSE JULEYD TOVAR RAMIREZ en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 53.040.765 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. 96-7-201322-24 con el Hospital Central de la Policia Nacional

| **VALOR A COTIZAR** | | **VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 85469618** |
|---|---|---|
| HONORARIOS MENSUALES | 4.385.333,00 | 4.385.333,00 |
| BASE COTIZACION 40% | 1.754.133,20 | 1.754.133,20 |
| APORTE SALUD 12,5% | 219.266,65 | $ 219.400,00 |
| APORTE PENSION 16% | 280.661,31 | $ 280.800,00 |
| **APORTE RIESGOS PROFESIONALES** | | |
| ASISTENCIALES 2,436% | 42.730,68 | $ 42.800,00 |
| ADMINISTRATIVOS 0,522% | | |

Cordialmente,

**Firma:** Lehyse Tovar

**Nombres y Apellidos:** **LEHYSE JULEYD TOVAR RAMIREZ**
**Cedula:** **53.040.765 de Bogotá**
**Telefono** **302 8560019**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 53040765 | LEHYSE JULEYD TOVAR RAMIREZ | | Cr 95 n 65-49 sur | 3028560019 | juliethsalud153@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTANENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | 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 | |
| 2025-03 | 2025-03 | I | 11/04/2025 | 85469618 | $543.000 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | 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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 219.400 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 219.400 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | 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 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 280.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 280.800 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 42.800 | | | | 42.800 | 0 | 0 | 42.800 | | | 428 | 42.800 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 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 | 219.400 | 219.400 |
| Pensión | 1 | 280.800 | 280.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 42.800 | 42.800 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 543.000 | 543.000 |

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

Homepage

UTC -5 14:55:46
LEHYSE TOVAR

Búsqueda | Mis documentos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- Información general
- Condiciones
- Bienes y servicios
- Documentos del Proveedor
- Documentos del contrato
- Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- Modificaciones del Contrato
- Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

| Id de pago | % de facturación prevista | Número de factura | Fecha prevista de emisión | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total previsto | Valor total de la factura | Estado | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pago 001 | 12,5 | 01 | - | 5/12/2024 1:08:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 1/12/2024 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 0 COP | 1.315.599,9 COP | Aceptada | Detalle |
| Pago 002 | 12,5 | 02 | - | 4/01/2024 11:06:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 1/01/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 0 COP | 4.385.333 COP | Aceptada | Detalle |
| Pago 003 | 12,5 | 04 | - | 1/01/2025 9:01:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 1/02/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 0 COP | 4.385.333 COP | Aceptada | Detalle |
| Pago 004 | 12,5 | 05 | - | 13/03/2025 3:23:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 1/03/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 0 COP | 4.385.333 COP | Aceptada | Detalle |
| Pago 005 | 12,5 | 06 | - | 14 días para terminar (1/05/2025 11:07:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 15 días de tiempo transcurrido (1/04/2025 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 0 COP | 4.385.333 COP | Aceptada | Detalle |
| Pago 006 | 12,5 | - | - | - | - | 0 COP | - | Pendiente de registro | Registro |
| Pago 007 | 12,5 | - | - | - | - | 0 COP | - | Pendiente de registro | Registro |
| Pago 008 | 12,5 | - | - | - | - | 0 COP | - | Pendiente de registro | Registro |

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|
| doc07763320241127110050.pdf | doc07763320241127110050.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| INFORME DE SUPERVISION LEHYSE TOVAR.pdf | INFORME DE SUPERVISION LEHYSE TOVAR.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| INFORME DE SUPERVISION MES DE DICIEMBRE LEHYSE TOVAR.pdf | INFORME DE SUPERVISION MES DE DICIEMBRE LEHYSE TOVAR.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| INFORME DE SUPERVISION MES DE ENERO LEHYSE TOVAR.pdf | INFORME DE SUPERVISION MES DE ENERO LEHYSE TOVAR.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| INFORME DE SUPERVISION CONTRATO 96-7-201322-24 LEHYSE TOVAR.pdf | INFORME DE SUPERVISION CONTRATO 96-7-201322-24 LEHYSE TOVAR.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| INFORME DE SUPERVISION MARZO LEHYSE TOVAR.pdf | INFORME DE SUPERVISION MARZO LEHYSE TOVAR.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo