



POLICIA NACIONAL

PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS

INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

CODIGO: ZBS-FR-0019

FECHA: 18-08-2015.

VERSION: 4

Bogotá D.C., 5 de enero de 2018

No. 2 ENFER - HOCEN

Señor Capitán

FABIO ALEXANDER MUÑOZ PEDRAZA

Jefe Contratos Hospital Central

Ciudad.

Asunto: Informe de supervisión contrato

96-7-20811-17

Mes Reportado: DICIEMBRE

1. PRÓRROGA No.		2. ACLARATORIO No.		3. MODIFICATORIO No.		4. OTROS	
INICIO:	TERMINO:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:

5. OBJETO	6. CONTRATISTA	7. PLAZO DE EJECUCION	8. DESCRIPCION	9. CANTIDAD	10. VALOR	11. CANTIDAD	12. VALOR	13. CANTIDAD	14. VALOR	15. OBSERVACIONES
1. LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO ASISTENCIAL - AUXILIAR DE ENFERMERIA.	GALVIS MONTROY ANA TILIA	Vigencia:	TECNICO (AUXILIAR DE ENFERMERIA)	6	\$ 6.840.810,00					EL CONTRATISTA REALIZO TODOS LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y EL SERVICIO RECIBE CON UN PORCENTAJE DE EJECUCION A LA FECHA DE: 24,44 %
		Inicio								
		17-nov-17								
		termino								
		16-may-18								
		Adición:								
		Inicio								
		termino								
		VALOR TOTAL			\$ 6.840.810,00		\$ 1.672.198,00			NINGUNA

16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales?	SI. ☒	17. Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes, descritos en el numeral 23. del presente formato.	
	NO.	18. En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, diligenciar el numeral 19 del presente formato, para lo cual anexo comunicación oficial No. _____ del _____, mediante la cual se informa al ordenador del gasto, el no cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato.	

20. ITEM Y/O NUMERAL.

21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA

22. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCUMPLIMIENTO.

23. DOCUMENTOS TÉCNICOS OBLIGATORIOS ESTABLECIDOS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, INCLUYENDO LAS AMBIENTALES, DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Y OTROS.

24. ITEM Y/O NUMERAL

25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA

26. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO.

Para el caso de prestación de servicios personales o profesionales que atienden la conformidad del servicio, leona en la cual fue suministrada la inducción establecida

Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual

X
ON

Grado y Nombre del Supervisor Teniente JUDY CONSTANZA PALMA HERNANDEZ

Cargo. Jefe del Departamento de Enfermería HOCEN

Telefonos: 2202030

Finding

Anexos: Copia del Formulario N° 6 Certificación de Cumplimiento - Copia de la Cuenta de Cobro - Informe de los Procesos, Procedimientos, actividades y resultados del contratista - Copia de la planilla de pago de salud, Pensión y ARL.

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

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá, D.C. Diciembre de 2017
CONTRATO N°:	96-7-20911-17
CONTRATISTA:	Ana Tilia Galvis Montoya ^{CC.} 51946815
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
VALOR DEL CONTRATO: \$	6'840.810.00
PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIO Y TERMINACION):	17 Nov. 2017 - al 16 mayo del 2018
FECHA DE ENTREGA:	Periodo comprendido: 01-al 30 diciembre 2017
DIAS DE ATRASO EN LA ENTREGA:	1'140.135.00
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y CARGO QUE DESEMPEÑA:	Teniente JUDY CONSTANZA PALMA HERNANDEZ Jefe Departamento Enfermería HOCEN
VALOR CORRESPONDIENTE A ESTA ENTREGA	
RECEPCION DE LOS BIENES:	Mediante acta de recepción de bienes # _____ de fecha _____, el almacenista efectuó la recepción y verificación de los mismos.

INFORMACION ADICIONAL PARA CONTRATOS DE OBRA, INTERVENTORIA O CONSULTORIA aplica para contratos de obra y/o interventoría		(Únicamente)
FECHA DEL ACTA DE INICIO:		
PORCENTAJE DE AVANCE PARA EL PRESENTE CORTE Y ACUMULADO TOTAL DE AVANCE:		
EN EL CORTE SE PRESENTARON MAYORES Y MENORES CANTIDADES DE OBRA:	NO ___ SI ___ (siendo aprobado el balance de mayores y menores por parte del ordenador del gasto de fecha: _____)	
EN EL PRESENTE CORTE SE PRESENTARON ÍTEMS NO PREVISTOS:	NO ___ SI ___ (Autorizados mediante modificatorio y adicional N°. ___ de fecha: _____)	

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Informe de Actividades Mensual los servicios se prestaron dentro del plazo de 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° 02 de fecha **Diciembre de 2017.**

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DENTRO DEL CARGO:

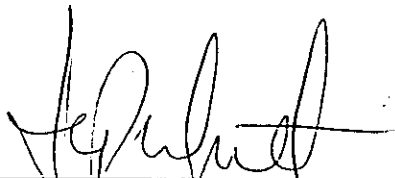
1. Realizo el recibo y entrega de turno para cumplir con las actividades pertinentes.
2. Ejecuto el plan de actividades de enfermería.
3. Realizo el correcto diligenciamiento de los registros clínicos.
4. Realizo la atención de ingresos, egresos y traslado de pacientes.

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

5. Realizo la atención a pacientes de alta, mediana y baja complejidad.
6. Realizo el cumplimiento a las medidas de bioseguridad y prevención de infecciones intra-hospitalarias de acuerdo a la normatividad vigente.
7. Realizo verificación diaria de los elementos de inventario del servicio.
8. Realizo el cumplimiento a la normatividad establecida en el Servicio de Enfermería encaminados al cumplimiento de las actividades contratadas.
9. Brinda colaboración y propende por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y los derechos de autor, para la debida ejecución de actividades convenidas y no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratos y devolverlos a la institución a la terminaron del presente contrato.
10. Cumplió con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los pacientes.
11. Ejercer su profesión con ética y moral.
12. Realizo los registros de atención diaria de procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizado los informes estadísticos definidos para la normatividad vigente, y todos aquellos registros necesarios para los procesos de costos y facturación.

No. Factura y/o Cta. Cobro	Fecha	Valor	Nota crédito o débito	Valor neto
02	- Diciembre -2017	1.140.135,00		1.140.135,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos				1.140.135,00

OBSERVACIONES:



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

CUENTA DE COBRO N°02

Bogotá D.C, DICIEMBRE DE 2017.

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

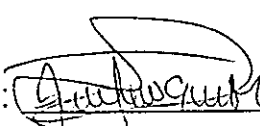
DEBE A:

Anatilia Galvis Montoya identificado con
Cédula de Ciudadanía No. 51946815 expedida en
Bogotá, la suma de \$ 1146.135.00 por concepto de
las actividades desempeñadas entre el (01) al (30)
de Diciembre del presente año, de acuerdo al objeto y
obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios
No. 967-209-11-17- suscrito con el Hospital Central de la
Policía Nacional para prestar mis servicios como
Auxiliar de Enfermería

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 0084-0070 15 07
del Banco Daviviendo de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma:


Nombres y apellidos Anatilia Galvis Montoya

CC. 51946815

Teléfono: 3208043072

Bogotá D.C., DICIEMBRE DE 2017.

Señores:

Hospital Central de la Policía Nacional

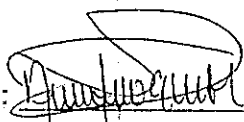
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Ana Tilia Galvis Montoya identificada con
cédula de ciudadanía a N° 51946-815 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:



Nombres y Apellidos: Ana Tilia Galvis Montoya

cc. 51946-815 Bogotá

Bogotá D. C., Diciembre de 2017.

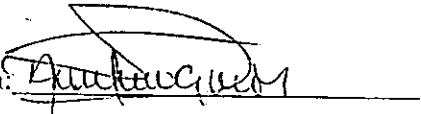
Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Ana Tilia Galuz Montoya en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 51946815, 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. 96-7-20911-12 con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. <u>8323729842</u>
HONORARIOS MENSUALES	1.140.135,00	<u>1.140.135,00</u>
BASE COTIZACION 40%	737.717,00	<u>737.717,00</u>
APORTE SALUD 12,5%	92.200,00	<u>92.700</u>
APORTE PENSION 16%	118.000,00	<u>118.600</u>
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	17.970,79	<u>18.100</u>
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

Firma: 

Nombres y Apellidos: Ana Tilia Galuz Montoya

Cedula: 51946815

Telefono 3208043097

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ANA TILIA GALVIZ MONTOYA
 No. Identificación: CC51946815
 Dirección: DAG 39 SUR 72F-92
 Telefono: 2047639
 Correo: NANYTUM_@HOTMAIL.COM
 Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
 Número de Planilla: 8323729842

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANA TILIA GALVIZ MONTOYA	Número de Empleados	1
Tipo y número de Identificación	CC51946815	Período de Cotización Salud	diciembre de 2017
Número de planilla	8323729842	Período de Cotización Pensión	diciembre de 2017
Fecha pago	2017-12-11	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	1000000916	Total Pagado	229400
Banco	1001	Total Intereses de Mora	1000

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
1425	Riesgos Profesionales Colmena	18100	1
230301	Porvenir	118600	1
EPS008	Compensar EPS	92700	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 51946815
 APELLIDOS Y NOMBRES: ANA TILIA GALVIZ MONTOYA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	738000	738000	738000	0	92300	0	118100	0	18000	0