**No. GS-2026-** 007410 **/DISAN – ARCIN - DEMED**

BOGOTA D.C, 2 FEBRERO DEL 2026

Mayor
JHONNY ALEXANDER GUERRERO GRANADOS
Director Hospital Central Policía Nacional
Bogotá

**ASUNTO:** Informe de supervisión del contrato 96-7- 20892-25

**TIPO DE INFORME:** Mensual

**PERIÓDICO** X **O FINAL** ___

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **01 DE ENERO DE 2026** | **Hasta** | **30 DE ENERO DE 2026** |

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 del día número 167 del 24 de julio 2025, al señor Mayor JHONNY ALEXANDER GUERRERO GRANADOS, obrando en calidad de director Hospital Central de la Policía, y a su vez nombró como responsable del contrato u orden de compra del asunto a la Terapeuta respiratoria SM_16 Erika Montañez Ramírez.
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 06**

1. Informe de supervisión del mes SEPTIEMBRE o del periodo comprendido entre 10/09/2025 y el 30/09/2025, presentado mediate comunicación oficial No. GS-2025-082737-DISAN
2. Informe de supervisión del mes OCTUBRE o del periodo comprendido entre 01/10/2025 y el 30/10/2025, presentado mediate comunicación oficial No. GS-2025-093111-DISAN
3. Informe de supervisión del mes NOVIEMBRE o del periodo comprendido entre 01/11/2025 y el 30/11/2025, presentado mediate comunicación oficial No. GS-2025-**100773**-DISAN
4-5. Informe de supervisión del mes DICIEMBRE o del periodo comprendido entre 01/12/2025 y el 30/12/2025, presentado mediate comunicación oficial No. GS-2026-**000311**-DISAN
6. Informe de supervisión del mes ENERO o del periodo comprendido entre 01/01/2026 y el 30/01/2026, presentado mediate comunicación oficial No. GS-2026- 007410 -DISAN

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | **96-7-20892-25** |

| | |
|---|---|
| **Objeto del Contrato** | LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO ASISTENCIAL -TERAPIA RESPIRATORIA |
| **Contratista** | **GIL RUIZ MARIA ANTONIA** |
| **Representante legal** | **GIL RUIZ MARIA ANTONIA** |
| **Valor inicial del contrato** | $ 20.028.000,00 |
| **Valor adiciones del contrato** | NO APLICA |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | NO APLICA |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | NO APLICA |
| **Plazo de ejecución inicial** | **SIETE (7) MESES** |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato** | **10 de SEPTIEMBRE 2025** |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)** | **09 de ABRIL 2026** |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | NO APLICA |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | NO APLICA |
| **Adiciones** | NO APLICA |
| **Modificatorios** | NO APLICA |
| **Prorrogas** | NO APLICA |
| **Otros** | NO APLICA |

## 1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

### 1.1 Acciones adelantadas

Mediante comunicación oficial GS-2025-076940-DISAN se da inicio al contrato **96-7-20892-25** cuyo objeto contractual es la Prestación de servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO ASISTENCIAL TERAPIA RESPIRATORIA.

## 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 | N/A |
| 2. El contratista deberá suscribir las pólizas, según los 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 | Se relaciona número de planillas pagadas 92579730 la cual corresponde al mes DICIEMBRE de 2025 |
| 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 traumatismos en el proceso de ejecución del contrato. | SI | N/A |
| 8. Restituir al Hospital Central los elementos que haya puesto a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso de 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 obligaciones establecidas en el acto de designación sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones contractuales. | SI | N/A |
| 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, formato cuenta de cobro y formato de parafiscales, en las fechas establecidas por el Grupo financiero del Hospital Central. | SI | N/A |
| 19. | Si durante la ejecución del contrato surgen INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES, el contratista deberá informar al Supervisor del contrato ya 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 encuestas y demás actuaciones indicadas por la DIRECCIÓN DE SANIDAD y POLICÍA NACIONAL. | SI | N/A |
| 26. | El CONTRATISTA cuando en ejercicio de su profesión deba prescribir actividades y procedimientos médicos y medicamentos deberá acogerse al Acuerdo 080 del 27-05-2022 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 estudio previo 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 insumos 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 2.2.4.2.2.16 del Decreto 1072 del 26 de mayo de 2015, y la Resolución No 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 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 | SI | N/A |

| | | |
|---|---|---|
| trabajo definido en el plan de capacitación 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 las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y salud 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. | | |
| 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 |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| **DE CARÁCTER TÉCNICO:**(transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra) | | |
| 1. Realizar procedimientos de terapia respiratoria en pisos, unidades de cuidados intensivos, hospitalizados, consulta externa, urgencias, traslados pacientes externos e internos, traslado de pacientes de orden público, programas de rehabilitación y control de pacientes crónicos, laboratorio de pruebas de función pulmonar, y demás servicios del hocen donde se requiera prestar atención de acuerdo a la directriz institucional. | SI | N/A |
| 2. Actualizar las guías de manejo que correspondan al servicio cumpliendo con las normas establecidas para la publicación de guías y protocolos de la Dirección de la Sanidad. | SI | N/A |
| 3. Diligenciar la historia clínica de forma clara y oportuna, describiendo los planes de manejo y las metas terapeutas a conseguir con cada paciente. | SI | N/A |
| 4. Asegurar el proceso de recibo y entrega de turno con el objetivo de garantizar el manejo terapéutico de los pacientes a su cargo. | SI | N/A |
| 5. Tener la disponibilidad de entrenarse en los diferentes servicios de tal forma que se asegure su competencia profesional, realizando actualizaciones en su ejercicio profesional | SI | N/A |
| 6. Responder de forma oportuna los requerimientos que se realicen por parte del supervisor del contrato y que tienen relación con el cumplimiento del objeto del contrato. | SI | N/A |
| 7. Realizar el seguimiento y registro de los pacientes ingresados en sala era de tal forma que se garantice los indicadores de cumplimiento solicitados por la secretaria de salud. | SI | N/A |
| 8. Generar el pedido en la plataforma de la institución, así como realizar el control de equipos e insumos a su cargo de tal forma que se garantice el uso y disposición de los bienes dentro de las especificaciones y guías del fabricante para cada elemento. | SI | N/A |
| 9. Garantizar la administración de los medicamentos inhalados en relación a la educación al paciente con enfermedades respiratorias, según orden médica y objeto de plan terapéutico por parte de terapia respiratoria asegurando la prestación del servicio. | SI | N/A |
| 10. Hacer reporte de complicaciones, evento adverso y accidente de trabajo presentado durante su ejercicio profesional o como testigo de los hechos, con el objetivo de fortalecer el programa de seguridad del paciente, así como de los indicadores de calidad de la prestación del servicio. | SI | N/A |
| 11. Hacer parte activa de los programas de bioseguridad desarrollados por la institución especialmente con los pacientes que tienen riesgo por infección respiratoria, velando por el cumplimiento de las normas de asilamiento y seguimiento de los mismos | SI | N/A |
| 12. Realizar la toma de muestras respiratorias de acuerdo con el protocolo, garantizando el registro de los pacientes con el objetivo de realizar el seguimiento epidemiológico de nuestra población. | SI | N/A |
| 13. Garantizar el registro en la historia clínica de todos los datos relacionados con la atención del paciente, la reserva y confidencialidad de la misma así como el seguimiento y control del usuario de acceso al sistema de información de Sanidad. | SI | N/A |

| | | |
|---|---|---|
| 14. Diligenciar el consentimiento informado de forma correcta y completa conservando la pertinencia y obligatoriedad del mismo, así como garantizar su archivo y destino final. | SI | N/A |
| 15. Asistencia a junta médica y/o académica | SI | N/A |

**2.1. NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA**

Contrato sin presentar novedades a la fecha.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (141) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (69) 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 CUATRO MIL PESOS ($4.004.000.00). MONEDA LEGAL COLOMBIANA. de acuerdo a la Resolución N° 193 del 14/05/2024 de la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional.

Nombre beneficiario: MARIA ANTONIA GIL RUIZ
Banco: DAVIVIENDA
Tipo de cuenta: ahorros
Número de cuenta: 004800286660

**4.1. Ejecución Financiera y Pagos:**

| a. Balance general de pagos y entregas | | |
|---|---|---|
| | **Valor en pesos** | **% del valor del contrato** |
| Valor total del contrato | $ 28.028.000,00 | - |
| Valor total de las entregas | $ 18.818.800,00 | 67% |
| Valor total facturado | $ 18.818.800,00 | 67% |
| Valor facturado pendiente de pago | $ 9.209.200,00 | 33% |
| Valor pagado | $ 4.004.000,00 | |
| Valor pendiente de entrega | $ 9.209.200,00 | 33% |

**a. 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 6 | $4.004.000,00 | 01/01/2026 al 30/01/2026 | $4.004.000,00 | No 6 | En tramite | En tramite | En tramite |

**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, 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 Erika Montañez

SM_16 Erika Montañez Ramírez
Responsable Servicio Terapia Respiratoria Hospital Central
Supervisor de Contrato No. 96-7-20892-25
hocen.demed@policia.gov.co
Telefono 580 44 01- ext. 2115

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | Bogotá, Febrero del 2026 |
| Unidad: | HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL |
| Tipo de contrato | <table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></table> |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | No. 96-7- 20892-25 |
| Constancia de recibido No. | 6 |
| Contratista: | María Antonia Gil Ruiz |
| NIT del contratista: | CC. 51.846.923 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | Prestación servicios profesionales como profesional universitario asistencial-terapeuta respiratorio. |
| 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: | $ 28.028.000,00 |
| Plazo de ejecución: | 10/09/2025 al 09/04/2026 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | N/A |
| Lugar de ejecución y/o entrega | Hospital Central de La Policía Nacional. |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__ | |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | SM- 16 Erika Montañez Ramírez<br>Responsable del Servicio de Terapia Respiratoria HOCEN |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de entrega certificada: | Del: MES DE ENERO DEL 2026 | | | | | | |
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2026 | Unidad | Recurso | Descrip-ción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar | Valor a pagar |
| | HOCEN | 16 | CPS | $4.004.000,00 | $4.004.000,00 | N/A | $4.004.000,00 |
| Acta de recepción de bienes | N/A | | | | | | |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 6 | FEBRERO 2026 | $4.004.000,00 | | $4.004.000,00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | $4.004.000,00 | | $4.004.000,00 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Realizar procedimientos de terapia respiratoria en pisos, unidades de cuidados intensivos, hospitalizados, consulta externa, urgencias, Hocas, traslados pacientes externos e internos, traslado de pacientes de orden público, programas de rehabilitación y control de pacientes crónicos, laboratorio de pruebas de función pulmonar, y demás servicios del HOCEN donde se requiera

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 si_X_ No___ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Las pactadas en la cláusula No. __5__ actividades específicas para la prestación del servicio. Listadas en el informe de supervisión. | SI | |

**NOTA:** para 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.

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
SM-16 ERIKA MONTAÑEZ RAMIREZ
Responsable del Servicio de Terapia Respiratoria

**CUENTA DE COBRO N°6**

Bogotá D.C. febrero del 2026

HOSPITAL CENTRAL POLICÍA NACIONAL
NIT. 830.067.597-4

DEBE A:

MARIA ANTONIA GIL RUIZ identificada con cédula de Ciudadanía No. 51.846.923 expedida en Bogotá, la suma de $ 4.004.000.00 por concepto de las actividades realizadas durante el mes de enero del año en curso, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No.96-7-20892-25 suscrito con el HOSPITAL CENTRAL para prestar mis servicios como TERAPEUTA RESPIRATORIO

Favor consignar en la cuenta de Ahorros N° 004800286660 del BANCO DAVIVIENDA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

María Antonia Gil

MARIA ANTONIA GIL RUIZ
CÉDULA: 51.846.923 expedida en Bogotá
TELÉFONO: 3202768501

Bogotá D.C febrero del 2026

Señores:
Hospital Central Bogotá
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, MARIA ANTONIA GIL RUIZ identificada con cédula de ciudadanía N° 51846923 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 **DIRECCIÓN DE SANIDAD HOSPITAL CENTRAL BOGOTA**, además mi condición es de SI Declarante del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

María Antonia Gil

**MARIA ANTONIA GIL RUIZ**

**CÉDULA: 51.846.923 expedida en Bogotá**
**TELÉFONO: 3202768501**

Bogota, D.C. febrero del 2026

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

YO, **MARIA ANTONIA GIL RUIZ** en calidad de contratista identificado con cédula de ciudadanía N° 51.846.923 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 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. 96-7-20892-25 con el Hospital Central Bogota Policía Nacional.

| **VALOR A COTIZAR** | | **VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA No.92579730** |
|---|---|---|
| HONORARIOS MENSUALES | 4.004.000.00 | 4.004.000,00 |
| BASE COTIZACIÓN 40% | 1.601.600.00 | 1.601.600,00 |
| APORTE SALUD 12,5% | 200.200.00 | $ 200.700,00 |
| APORTE PENSIÓN 16% | 256.256.00 | $ 256.800,00 |
| **APORTE RIESGOS PROFESIONALES** | | |
| ASISTENCIALES 2,436% | 39.014.98 | $ 39.100,00 |
| ADMINISTRATIVOS 0,522% | | |

Cordialmente,

María Antonia Gil

MARIA ANTONIA GIL RUIZ
CÉDULA: 51.846.923 de Bogota
TELÉFONO: 3202768501

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCION | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 51[illegible]23 | MARIA ANTONIA DE RUIZ | AV CRA 53 [illegible] 24 | [illegible] | [illegible]23@[illegible] | |
| FORMA PRESENTACION | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | 1 - Dependiente | | BOGOTA, D.C. | BOGOTA, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ANTERIOR (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NUMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | BANCARIOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-12 | 2025-12 | 1 | 02/01/2026 | 92[illegible]730 | $526.700 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencias Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS05 | Compensar EPS | 8600[illegible]42-7 | 399.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 399.600 | 1 |

**TOTALES PENSION**

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23[illegible] | Colfondos | 800[illegible]10-6 | 295.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 295.800 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Mora 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 | 860[illegible]20-8 | 32.100 | | | | 35.100 | 0 | 0 | 32.100 | | | 191 | 32.100 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF43 | Compensar Caja | 8600[illegible]42-7 | 32.100 | 0 | 0 | 32.100 | 1 |

**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 ICE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 399.600 | 399.600 |
| Pensión | 1 | 295.800 | 295.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 32.100 | 32.100 |
| CCF | 1 | 32.100 | 32.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 526.700 | 526.700 |

Este documento está certificado como PAGADO por parte de Compensar Operador de Información

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 | 51846923 | MARIA ANTONIA GIL RUIZ | AV. CRA. 68 No.67c-24 | 7417540 | magr0231@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | 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 | |
| 2021-11 | 2021-11 | I | 15/12/2021 | 54892445 | $362.300 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 137.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 137.500 | 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 |
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 176.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 176.000 | 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 | 26.600 | | | | 26.600 | 0 | 0 | 26.600 | | | 200 | 26.800 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 22.000 | 0 | 0 | 22.000 | 1 |

| 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 | 137.500 | 137.500 |
| Pensión | 1 | 176.000 | 176.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 26.800 | 26.800 |
| CCF | 1 | 22.000 | 22.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 362.300 | 362.300 |

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

Bogota, D.C. febrero del 2026

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

YO, **MARIA ANTONIA GIL RUIZ** en calidad de contratista identificado con cédula de ciudadanía N° 51.846.923 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 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. 96-7-20892-25 con el Hospital Central Bogota Policía Nacional.

| **VALOR A COTIZAR** | | **VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA No.92579730** | |
|---|---|---|---|
| HONORARIOS MENSUALES | 4.004.000.00 | | 4.004.000.00 |
| BASE COTIZACIÓN 40% | 1.601.600.00 | | 1.601.600.00 |
| APORTE SALUD 12,5% | 200.200.00 | $ | 200.700,00 |
| APORTE PENSIÓN 16% | 256.256.00 | $ | 256.800,00 |
| **APORTE RIESGOS PROFESIONALES** | | | |
| ASISTENCIALES 2,436% | 39.014.98 | $ | 39.100,00 |
| ADMINISTRATIVOS 0,522% | | | |

Cordialmente,

María Antonia Gil

MARIA ANTONIA GIL RUIZ
CÉDULA: 51.846.923 de Bogota
TELÉFONO: 3202768501