DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS NO OBLIGADAS A FACTURAR.

**CONSTANCIA DE RECIBIDO N°_02**

LA DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 7

DEBE A:

**ANDREA FERNANDA MOLINA MENDOZA**, identificada con Cédula de ciudadanía. No. N° 40438395 de Villavicencio, la suma de $ **4.684.680.00** (CUATRO MILLONES SEICIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE) por concepto de las actividades desempeñadas del 17 de julio al 16 agosto de 2026, de acuerdo con el objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No **084-7-2000052-26 del 18 noviembre del 2025**, suscrito con la Regional de Aseguramiento en salud N. 7, (RASES No. 7) Policía Nacional, para prestar mis servicios PROFESIONALES COMO PROFESIONAL ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD PARA LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 7.

Favor consignar en la cuenta de ahorros N°7192003506 del BANCO DE COLPATRIA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

**Andrea Fernanda Molina Mendoza**
C.C 40438395
N° CELULAR. 3104860172

Anexos: Informe de actividades mensuales.
Certificación de cumplimiento.
Pagos aportes seguridad social.
Certificación juramentada Decreto 2271 del 2009.

POLICIA NACIONAL - ANDREA.MOLINAM

Villavicencio, 18 de agosto de 2026

Señora Mayor
**LUISA FERNANDA MEJIA ROJAS**
JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°7.
Policía Nacional
Villavicencio

Yo, **ANDREA FERNANDA MOLINA MENDOZA**, en calidad de contratista identificada con cédula de ciudadanía **N° 40.438.395** de Villavicencio, 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 de pagos 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 asistenciales de 2,436% y para administrativos del 0,522%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato **084-7-200052-26 del 17 junio del 2026** con la Regional de Aseguramiento en Salud N°7.

| LIQUIDACION PLANILLA N° 38371818 | | |
|---|---|---|
| VALOR A COTIZAR | | |
| DETALLE | Liquidación Honorarios | Valor reportado Planilla |
| HONORARIOS A COBRAR EN EL PRESENTE MES | $ 4.684.680.00 | N/A |
| INDICE BASE COTIZACION 40% (HONORARIOS A COBRAR*40/100) | $ 1.873.872.00 | $ 2.000.000,00 |
| APORTE SALUD 12,5% (INDICE BASE COTIZACION*12,5/100) | $ 234.234,00 | $ 250.000,00 |
| APORTE PENSION 16% (INDICE BASE COTIZACION*16/100) | $ 299.820,00 | $ 320.000,00 |
| APORTE RIESGOS PROFESIONALES | | |
| NIVEL DE RIESGO III 2.436% (BASE COTIZACION*2.436/100) Ajustar según nivel de riesgo. | $ 45.647.00 | $ 48.800,00 |

Cordialmente,

**Andrea Fernanda Molina Mendoza**
C.C 40438395
N° CELULAR. 3104860172

POLICIA NACIONAL - ANDREA.MOLINAM

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 40438395 | 0 | ANDREA FERNANDA MOLINA MENDOZA | I | 01 | POSITIVA - 14-23 | SUCURSAL | 8299 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | EMAIL | | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 50-1 | MANZ 7 CASA 13 REMANSOS ROSA BLANCA | | 3104860172 | | ANFEMOME2006@GMAIL.COM | | | S |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2026-08 | 2026-08 | 38371818 | I | 2026-08-14 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 618.800 | 0 | BANCO COLPATRIA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 38371818 | 2026-09-22 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | DIAS | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | 3 Tipo | 3 Tipo | Total | Exento de Parafiscales | Actividad Económica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | ID | EMPLEADO | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | VACL | INC | EPBT | AFPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot | FNSOL | FNSUB | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IBC | Cot | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 40438395 | MOLINA MENDOZA ANDREA FERNANDA | 2.000.000 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 0 | 30 | PROTECCION 230201 | 2.000.000 | 320.000 | 0 | 0 | FAMISANAR-EPS017 | 2.000.000 | 250.000 | SIN CCF-SINCCF | 0 | 0 | 2.000.000 | 48.800 | 0,02436 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 618.800 | N | 3869101 |


# RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 40438395 | 0 | ANDREA FERNANDA MOLINA MENDOZA | I | 01 | POSITIVA - 14-23 | SUCURSAL | 8299 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | EMAIL | | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 50-1 | MANZ 7 CASA 13 REMANSOS ROSA BLANCA | | 3104860172 | | ANFEMOME2006@GMAIL.COM | | | S |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2026-08 | 2026-08 | 38371818 | I | 2026-08-14 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 618.800 | 0 | BANCO COLPATRIA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 38371818 | 2026-09-22 | Pagada | | | | | | | |


| TOTALES IBC | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 2.000.000 | 2.000.000 | 2.000.000 | 0 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 320.000 | 0 | 0 | 0 | 320.000 |
| PROTECCION | 230201 | 800229739 | 0 | 1 | 320.000 | 0 | 0 | 0 | 320.000 |
| EPS(Administradoras: 1) | | | | 1 | 250.000 | 0 | 0 | 0 | 250.000 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830003564 | 7 | 1 | 250.000 | 0 | 0 | 0 | 250.000 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 48.800 | 0 | 0 | 0 | 48.800 |
| POSITIVA | 14-23 | 860011153 | 6 | 1 | 48.800 | 0 | 0 | 0 | 48.800 |
| Gran Total | | | | | 618.800 | 0 | 0 | 0 | 618.800 |

POLICIA NACIONAL - ANDREA.MOLINAM

Villavicencio, 18 de agosto de 2026

Señora Mayor
**LUISA FERNANDA MEJIA ROJAS**
JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°7.
Policía Nacional
Villavicencio

Respetado coronel:

**ANDREA FERNAND MOLINA MENDOZA**, identificada con Cédula de ciudadanía. No. N° 40438395 de Villavicencio, 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 N. 7, además mi condición es Declarante del Impuesto sobre la Renta y declarante de Industria y comercio ICA.

Cordialmente,

**Andrea Fernanda Molina Mendoza**
C.C 40438395
N° CELULAR. 3104860172

POLICIA NACIONAL - ANDREA.MOLINAM

Villavicencio, 18 de agosto de 2026

Señora Mayor
**LUISA FERNANDA MEJIA ROJAS**
JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°7.
Policía Nacional
Villavicencio

**Asunto:** Informe de actividades

Por medio de la presente me permito informar sobre las actividades realizadas como ENFERMERA ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SERVICIOS DE SALUD del 17 julio al 16 de agosto del 2026 de la siguiente manera:

- Se auditaron durante el período 1.220 facturas del HOSPITAL DPTAL DE VILLAVICENCIO, y diferentes IPS de baja y mediana complejidad, de contrato y Urgencias.
- Se auditaron durante el período facturas del HOSPITAL SAN ANTONIO DE MITU UPRES VAUPES, servicios baja y mediana complejidad, de contrato y Urgencias.
- Se generaron actas de conciliación con el HDV glosas derivadas del contrato HDV y hospital de Mitú y otros.
- Se realizo cargue de la información de la facturación glosada en el SIIFA.
- Se realizó informe ejecutivo de cuentas médicas del mes de julio y agosto de 2026 de la RASES N° 7 en el cual se realiza cargue y análisis de la información de Meta, Casanare y Guaviare con relación a % de glosa y costo evitado del a RASES N° 7.

Atentamente,

**Andrea Fernanda Molina Mendoza**
C.C 40438395
N° CELULAR. 3104860172
Elaboro: CPS ANDREA FDA MOLINA MENDOZA
Reviso: PT: MARTHA CECILIA CRUZ BAQUERO
Fecha elaboración: 18/08/2026
Ubicación: Disco F/ Compartida/oficios



POLICIA NACIONAL - ANDREA.MOLINAM

| | | |
|---|---|---|
| Ciudad y fecha: | Villavicencio, 18 de agosto de 2026 | |
| Unidad: | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº7 | |
| 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. | **084-7-2000052-26** | |
| Constancia de recibido No | 02 RAS | |
| Contratista: | ANDREA FERNANDA MOLINA MENDOZA | |
| NIT del contratista: | 40.438.395 de Villavicencio – Meta | |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROFESIONAL ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD PARA LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 7. | |
| 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: | Valor inicial: $ 30.294.264.00<br>Valor vigencia 2026$ 30.294.264.00 | |
| Plazo de ejecución: | CONTRATO INICIAL TOTAL<br>FECHA DE INICIO: 17/06/2026<br>FECHA FINAL: 31//12/2026 | |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | N/A | |
| Lugar de ejecución y/o entrega | Regional de Aseguramiento en Salud No 7 ubicada en la calle 15 No. 15ª-32 el Estero en la ciudad de Villavicencio - Meta | |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X | N/A | |
| Fecha de entrega certificada: | 17 julio al 16 agosto del 2026 | |

POLICIA NACIONAL - ANDREA.MOLINAM

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2026 | Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar * | Valor a pagar |
| | RASES 7 | 16 | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO ENFERMERA ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SERVICIOS DE SALUD PARA LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 7 | **4.684.680.00** | **4.684.680.00** | 0 | **4.684.680.00** |
| Acta de recepción de bienes | N/A | | | | | | |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | N/A | N/A | N/A |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Servicio prestado por la profesional de acuerdo a las condiciones y/o especificaciones técnicas del contrato, no se presentó inconveniente alguno en la ejecución del mismo durante el presente mes.

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

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO si__ No___ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir con el objeto contractual, en la prestación de los servicios como SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROFESIONAL ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD | SI | INFORME DE AUDITORIAS A ENTIDADES |
| 2 | 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 Regional de aseguramiento en salud N°7, 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 | |

POLICIA NACIONAL - ANDREA.MOLINAM

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | Contribuir con el desarrollo del establecimiento de la Regional de Aseguramiento en Salud N°7 donde preste sus servicios, revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente, de calidad humana y cálida a los usuarios. | SI | VERIFICACION DE HISTORIA CLINICA |
| 4 | Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera y realizar las notificaciones obligatorias de salud pública ante el ente competente. | SI | VERIFICACION DE HISTORIA CLINICA EN LA FACTURACION RADICADA |
| 5 | 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 | VERIFICACION DE HISTORIA CLINICA Y AUDITORIA – NORMATIVIDAD VIGENTE |
| 6 | Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. | SI | INFORME DE AUDITORIAS A ENTIDADES |
| 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 N°7 - Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias. | SI | |
| 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 | ANEXA CUENTA DE COBRO |
| 9 | El CONTRATISTA se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, si se trata del cambio en el número de cuenta bancaria en el que se realizarán los pagos, debe allegarse en original la certificación bancaria correspondiente. | SI | INFORME POR ESCRITO |
| 10 | Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes. | SI | NORMA VIGENTE |
| 11 | Cumplir con el sistema obligatorio de garantía de calidad, los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades del orden nacional como territorial, al igual que realizar todas las actividades para el desarrollo del PAMEC. | SI | |
| 12 | Rendir los informes que el supervisor, la Dirección de Sanidad y la Regional de Aseguramiento en Salud N°7 que requiera dentro de los plazos determinados. | SI | |
| 13 | Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar, emitir conceptos que se requiera, conforme a los criterios y parámetros establecidos para el desarrollo de la prestación de los servicios de la Regional de Aseguramiento en salud No 7 | SI | INFORME DE ACTIVIDADES AUDITORIA Y CONCILIACIONES DE GLOSAS |
| 14 | EL CONTRATISTA se compromete a 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 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 | INFORME ESCRITO |
| 15 | Los softwares desarrollados por EL CONTRATISTA en virtud de la ejecución del objeto del presente contrato, serán propiedad exclusiva del contratante, y el CONTRATISTA cede a la Regional de Aseguramiento en Salud N°7 cualquier derecho sobre el mismo de conformidad con la Ley. | SI | |

POLICIA NACIONAL - ANDREA.MOLINAM

| | | | |
|---|---|---|---|
| **16** | Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la POLICIA NACIONAL, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres. | SI | INFORME DE ACTIVIDADES |
| **17** | Utilizar la identificación establecida por la Dirección de Sanidad con el fin de garantizar la imagen corporativa, así como el respectivo carnet que lo acredite como OPS de la Regional de Aseguramiento en Salud N°7. | SI | INFORME DE AUDITORIAS A ENTIDADES |
| **18** | Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual de la Regional de Aseguramiento en Salud N°7 o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única. | SI | |
| **19** | 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 | |
| **20** | Participar en reuniones, seminarios o eventos que tengan relación con los problemas o actividades a su cargo, con el fin de aplicar normas y procedimientos en materia de seguridad integral, establecidos por la organización preservando la integridad del paciente. | SI | PARTCICIPACION DE PAUSAS ACTIVAS POR EL FRUPO DE SALUD OCUPACIONAL |
| **21** | Desarrollar las actividades necesarias para dar cumplimiento de las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado acorde a la exposición del contratista o subcontratistas a los riesgos encontrados, en el centro de trabajo conde desarrolla la actividad. | SI | |
| **22** | Participar activamente en las actividades que la Policía Nacional o el contratante desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales | SI | |
| **23** | Seguir protocolos del Ministerio de Salud y la Protección Social | SI | |
| **24** | Participar en las actividades de capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo y la ARL. | SI | DE ACUERDO A LAS PROGRAMADAS POR TAHUM |
| **25** | Mantener una comunicación actualizada, precisa, oportuna y de buena calidad sobre la información científica, recomendaciones y las herramientas comunicacionales emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). | SI | |
| **26** | Procurar el cuidado integral de su salud PLAN DE TRABAJO ANUAL SST 2022 – DIRECCIÓN DE SANIDAD. | SI | |
| **27** | Utilizar correctamente los diferentes Elementos de Protección Personal (TAPABOCAS), durante la jornada laboral, promoviendo la cultura de autocuidado y siguiendo los protocolos de prevención y mitigación del COVID-19 | SI | |

POLICIA NACIONAL - ANDREA.MOLINAM

| | | | |
|---|---|---|---|
| **28** | Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales | SI | |
| **29** | Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por la Regional de Aseguramiento en salud No 7, los Comités de Seguridad y Salud en el Trabajo o la Administradora de Riesgos Laborales. | SI | PARTCICIPACION DE PAUSAS ACTIVAS POR EL FRUPO DE SALUD OCUPACIONAL |
| **30** | Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. | SI | |
| **31** | Durante los días veinte (20) de cada mes el Contratista debe entregar al Supervisor del Contrato: Cuenta de Cobro, adjuntando copia de la planilla e incluir el número de la misma, para el caso debe realizar los siguientes pagos: a salud 12.5%, a pensión 16% porcentaje corresponde a personal asistencial. Sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, según el caso. | SI | CUENTA DE COBRO CON PLANILLA ACTUALIZADA No 38371818 DEL MES DE AGOSTO DEL 2026 |
| **32** | Las demás contenidas en el artículo 5° de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual | 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.

1. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 17/06/2026 al 16/07/2026, presentado mediante comunicación oficial No GS-2026-012208-REGI7-GRAME 17.2 del 4 de agosto del 2026.

Martha Cruz Baquero

SI: MARTHA CECILIA CRUZ BAQUERO
Jefe Grupo Auditoria de Cuentas Médicas y Concurrencia RASES No 7

POLICIA NACIONAL - ANDREA.MOLINAM