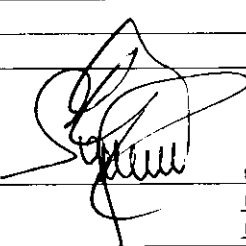


|                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA: <b>15/07/2021</b>                                                                                                                                                                                                                              | Nro. _____                                                                                                                                                                       |
| PARA: <b>UPRES</b>                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                  |
| DE: <b>DEBOY.</b>                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |
| URGENTE _____<br>PARA SU INFORMACION _____<br>FAVOR DAR CONCEPTO _____<br>INFORMAR POR ESCRITO _____<br>ENCARGARSE DEL ASUNTO _____<br>OTRO: _____                                                                                                    | ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____<br>DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____<br>FAVOR TRAMITAR _____<br>ARCHIVAR _____<br>ENTERARSE Y DEVOLVER _____<br>DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____ |
| OBSERVACIONES: <b>① Verificar Reporters.</b><br><b>② Continuar con el proceso de acuerdo al manual de contratación</b><br><b>③ planeación del proceso por parte del supervisor.</b><br><b>④ efectuar publicación.</b><br><b>⑤ dejar trazabilidad.</b> |                                                                                                                                                                                  |
| FIRMA:                                                                                                                                                              | RECIBIDO: _____<br>FECHA: _____<br>HORA: _____                                                                                                                                   |

|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA: _____                                                                                                                                       | Nro. _____                                                                                                                                                                       |
| PARA: _____                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                  |
| DE: _____                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                  |
| URGENTE _____<br>PARA SU INFORMACION _____<br>FAVOR DAR CONCEPTO _____<br>INFORMAR POR ESCRITO _____<br>ENCARGARSE DEL ASUNTO _____<br>OTRO: _____ | ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____<br>DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____<br>FAVOR TRAMITAR _____<br>ARCHIVAR _____<br>ENTERARSE Y DEVOLVER _____<br>DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____ |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |
| FIRMA: _____                                                                                                                                       | RECIBIDO: _____<br>FECHA: _____<br>HORA: _____                                                                                                                                   |

|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA: _____                                                                                                                                       | Nro. _____                                                                                                                                                                       |
| PARA: _____                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                  |
| DE: _____                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                  |
| URGENTE _____<br>PARA SU INFORMACION _____<br>FAVOR DAR CONCEPTO _____<br>INFORMAR POR ESCRITO _____<br>ENCARGARSE DEL ASUNTO _____<br>OTRO: _____ | ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____<br>DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____<br>FAVOR TRAMITAR _____<br>ARCHIVAR _____<br>ENTERARSE Y DEVOLVER _____<br>DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____ |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |
| FIRMA: _____                                                                                                                                       | RECIBIDO: _____<br>FECHA: _____<br>HORA: _____                                                                                                                                   |

|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA: _____                                                                                                                                       | Nro. _____                                                                                                                                                                       |
| PARA: _____                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                  |
| DE: _____                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                  |
| URGENTE _____<br>PARA SU INFORMACION _____<br>FAVOR DAR CONCEPTO _____<br>INFORMAR POR ESCRITO _____<br>ENCARGARSE DEL ASUNTO _____<br>OTRO: _____ | ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA _____<br>DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA _____<br>FAVOR TRAMITAR _____<br>ARCHIVAR _____<br>ENTERARSE Y DEVOLVER _____<br>DILIGENCIAR Y DEVOLVER _____ |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |
| FIRMA: _____                                                                                                                                       | RECIBIDO: _____<br>FECHA: _____<br>HORA: _____                                                                                                                                   |



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**  
**POLICÍA NACIONAL**  
**DIRECCION DE SANIDAD**  
**UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA**

|                                                                                     |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|  |                  |
| MINISTERIO DE DEFENSA<br>POLICIA NACIONAL                                           |                  |
| Unidad                                                                              | _____            |
| Radicado No                                                                         | _____            |
| Recibido por                                                                        | _____            |
| Fecha                                                                               | _____ Hora _____ |

**No. S-2021- 107265 - DEBOY / UPRES – GUPAS – 3.1**

Tunja, 13 de Julio de 2021

Coronel  
MIRIAM LUCIA GUERRERO MALAGON  
Comandante Policía Metropolitana de Tunja (E)  
Carrera 11 19 85 Centro  
Ciudad

Asunto: Solicitud contratación personal asistencial UPRES BOYACÁ.

De manera atenta y respetuosa me permito solicitar a mi Coronel, autorice llevar a cabo proceso de contratación para prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión para un Profesional Universitario – Medico General, el cual coadyuvará a garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional de la Unidad Prestadora de Salud Boyaca; teniendo en cuenta que está autorizado por la Dirección de Sanidad para la captación y seguimiento de Pacientes con diagnóstico de SARS-COV-2 (COVID-19) y se encuentra autorizado en el Plan Anual de Adquisiciones de la presente vigencia, en concordancia con el Certificado Plan de Compras No. 289 de fecha 13-07-2021 expedido por la Responsable Plan de Compras de la UPRES BOYACÁ así:

Rubro: 02.02.02.008.03.09

Presupuesto: **\$ 9.983.286,00**

Plazo de Ejecución: Desde 16 de Julio de 2021 Hasta el 15 de Octubre de 2021

Modalidad: Contratacion Directa

Se estima la adjudicación del contrato para el mes de Julio 2021

Tunja, 01 de febrero de 2021 ✓

Señores:

Policia Metropolitana de Tunja  
Unidad Prestadora de Salud Boyaca  
CIUDAD

Respetados señores,

Yo, ROLAN ENRIQUE JIMENEZ PEREZ, en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía 72433918 de Soledad (Atlántico), 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 (Salud 12.5%, Pensión 16% y Riesgos Profesionales para asistencias de 2.436% y para administrativos del 0.522%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, correspondientes a los ingresos provenientes del contrato No. 95-7-20221-2020 suscrito con la Policia Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyaca

| VALOR A COTIZAR              |              | VALOR COTIZADO SEGUN LIQUIDACION |
|------------------------------|--------------|----------------------------------|
| HONORARIOS MENSUALES         | 2 014 965.00 | 2 014 965.00                     |
| BASE COTIZACION 40%          | 908 526.00   | \$908 526.00                     |
| APORTE SALUD 12.5%           | 113 600.00   | \$113 600.00                     |
| APORTE PENSION 16%           | 145 400.00   | \$145 400.00                     |
| APORTE RIESGOS PROFESIONALES |              |                                  |
| ASISTENCIALES 2.436%         | 22 200.00    | \$22 200.00                      |
| ADMINISTRATIVOS 0.522%       | 0.00         | \$0.00                           |

Cordialmente,

ROLAN ENRIQUE JIMENEZ PEREZ

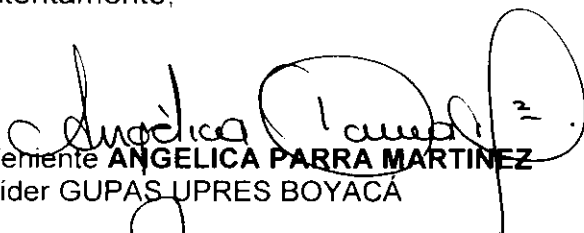
C.C. 72433918 de Soledad Atlántico

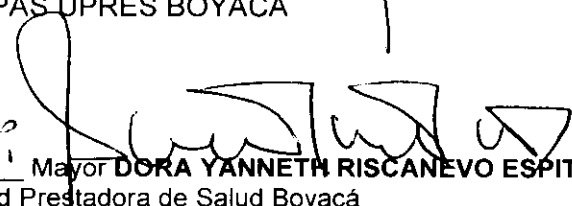
Telefono: 3143220989

Email: rjp0427@hotmail.com

| No. De profesionales | Servicio                                    | Horas Diarias | Valor Honorarios Mensuales |
|----------------------|---------------------------------------------|---------------|----------------------------|
| UNO (01)             | Profesional Universitario<br>Medico General | 6 HORAS       | \$ 3.327.762,00            |

Atentamente,

  
 Teniente **ANGELICA PARRA MARTINEZ**  
 Lider GUPAS UPRES BOYACÁ

  
 Vo.Bo SI Mayor **DORA YANNETH RISCANEVO ESPITIA**  
 Jefe Unidad Prestadora de Salud Boyacá

Elaborado por: PT Jeyson Alexander Mesa  
 Rev.sado por: TE Angelica Parra Martinez  
 Fecha de elaboración: 13/07/2021  
 Archivo: mis documentos\2021\oficios salidos

Calle 21 No. 8-70 Centro Histórico  
 Teléfono PBX (098) 7-458626 Ext. 7051  
[deboy.upres-pre@policia.gov.co](mailto:deboy.upres-pre@policia.gov.co)  
[www.policia.gov.co](http://www.policia.gov.co)





**POLICIA NACIONAL  
DIRECCION DE SANIDAD**

**LABORATORIO CLINICO**

**No. FORMULARIO  
1903007271**

**FECHA  
2019/03/05 07:09**

**ESPIM CLINICA DE TUNJA**

NOMBRE DEL PACIENTE GUAQUE DUEÑAS GERARDO  
TELEFONO 3132087558  
CENTRO DE ATENCION -  
MEDICO SOLICITANTE -  
AMBITO REALIZACION -  
UNIDAD REMITENTE NO DEFINIDO

H.C. Nro. CC16468981  
FECHA NACIMIENTO: 1954/10/16  
EDAD 65 AÑO(S)  
SEXO MASCULINO  
HORA DE RECEPCION -  
CAMA -

**ANALISIS**

**RESULTADO**

**UNIDADES**

**VAL. REF.**

**ERITROSEDIMENTACION**

**2**

**mm**

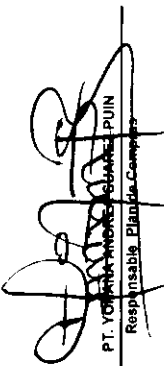
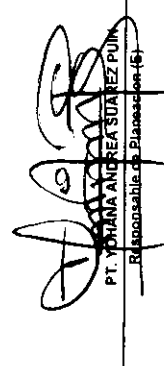
**[0 - 20]**

NOMBRE DEL PACIENTE GUAQUE DUEÑAS GERARDO  
NOMBRE PRESTADOR OSORIO MEDINA MONICA JOHANNA  
FECHA DE ENTREGA 2020/09/16  
CENTRO DE ATENCION ESPIM CLINICA DE TUNJA

|                 |  |                                       |   |                                                                                                       |  |
|-----------------|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Página 1 de 1   |  | CERTIFICACION PLAN DE COMPRAS SANIDAD |   | <br>POLICIA NACIONAL |  |
| Código: 1DE-FR- |  |                                       |   |                                                                                                       |  |
| Fecha:          |  |                                       |   |                                                                                                       |  |
| Versión: 2      |  |                                       |   |                                                                                                       |  |
|                 |  | VERSION                               | 0 | 2021                                                                                                  |  |
|                 |  | UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA     |   |                                                                                                       |  |

|                     |                                                       |
|---------------------|-------------------------------------------------------|
| FECHA: 13-JUL-21    |                                                       |
| CERTIFICADO No. 289 |                                                       |
| 02.02.02.008.03     | OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTIFICOS Y TECNICOS |
| 02.02.02.008.03.09  | OTROS SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS N.C.P.       |

| PROGRAMA PRESUPUESTAL             |                          |            |                                                     |              |                |       |                                                                                                     |                        |                       |
|-----------------------------------|--------------------------|------------|-----------------------------------------------------|--------------|----------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| UNIDAD                            | PROGRAMA PRESUPUESTAL    | MES COMPRA | PROFESION                                           | ESPECIALIDAD | HONORARIO      | HORAS | DESC. BIEN O SERVICIO                                                                               | FUENTE DE FINANCIACION |                       |
|                                   |                          |            |                                                     |              |                |       |                                                                                                     | NACION R10             | FONDOS ESPECIALES R16 |
|                                   |                          |            |                                                     |              |                |       |                                                                                                     | Cantidad               | V/Total               |
| UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA | Q. SERVICIOS DE PERSONAL | JULIO 2021 | MEDICO GENERAL<br>RESOL D/SAN 125<br>DEL 08/04/2020 | NO APLICA    | \$3 327 762 00 | 6     | PRESTACION SERVICIOS<br>PROFESIONALES COMO MEDICO<br>GENERAL DE 6 HORAS GRUPO<br>COVID UPRES BOYACA | 90.00                  | \$ 9 983 286 00       |
|                                   |                          |            |                                                     |              |                |       |                                                                                                     | Vr. Total              | \$ 9 983 286 00       |
| VALOR TOTAL CERTIFICACION >       |                          |            |                                                     |              |                |       |                                                                                                     |                        |                       |
|                                   |                          |            |                                                     |              |                |       |                                                                                                     | \$                     | 9 983 286 00          |

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>PT. YOMIANA ANDREA SUAREZ PUIN<br>Responsable Plan de Compras | <br>PT. YOMIANA ANDREA SUAREZ PUIN<br>Responsable de Planes de (S) |
| Recibe: <br>ANGELICA PARRA MARTINEZ<br>Grado, Nombre y Apellidos |                                                                                                                                                     |
| Unidad/Grupo                                                                                                                                         | GUPAS - UPRES BOYACA                                                                                                                                |

|                                              |                                           |                                            |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| ELABORO: PU MARGARITA ROSA RODRIGUEZ SALINAS | REVISO: TO GLORIA ESMERALDA ARIZA BECERRA | APROBO: BG JORGE ENRIQUE RODRIGUEZ PERALTA |
| FECHA: 01/04/21                              | FECHA: 30/04/21                           | FECHA: 10/05/21                            |



UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA

Tunja 13 de Julio 2021

1. DEFINICIÓN O IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y ANALISIS DEL SECTOR

|                                                                                       |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |                 |                                           |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|-------------------------------------------|-----------------------|
| Prestación de servicio profesional y de apoyo a la gestión como <b>Médico General</b> |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |                 |                                           |                       |
| 1.1                                                                                   | DESCRIPCIÓN GENERAL DEL OBJETO                 | CLASIFICACIÓN UNSPSC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Segmento           | Familia         | Clase                                     | Producto              |
|                                                                                       |                                                | 85121502                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Servicios de Salud | Práctica médica | Servicios prestadores de cuidado primario | <b>Médico General</b> |
| 1.2                                                                                   | VALOR ESTIMADO                                 | Teniendo en cuenta los recursos asignados por el nivel central para la presente vigencia el valor estimado corresponde a la suma de NUEVE MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/C (\$9.983.286.00) PARA VIGENCIA 2021 PROGRAMA O / OTROS GASTOS POR ADQUISICION DE SERVICIOS 02.02.02.008.03.09 Servicios Médicos y Hospitalarios |                    |                 |                                           |                       |
| 1.3                                                                                   | CERTIFICACIÓN PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES      | PLACO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | RUBRO              | RECURSO         | VIGENCIA                                  | VALOR                 |
|                                                                                       |                                                | 289                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 02.02.02.008.03.09 | 16              | 2021                                      | \$ 9.983.286.00       |
|                                                                                       |                                                | VALOR TOTAL DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |                 |                                           | \$ 9.983.286.00       |
| 1.4                                                                                   | CLASE DE CONTRATO                              | Contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión (Art 32 Ley 80 de 1.993, Código Civil y Código de Comercio).                                                                                                                                                                                                                                |                    |                 |                                           |                       |
| 1.5                                                                                   | PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES            | Título universitario: <b>Medico general</b><br>Experiencia laboral: superior a doce (12) meses, con capacidad de prestar los servicios profesionales de acuerdo a las características establecidas en el presente estudio de conveniencia.                                                                                                                            |                    |                 |                                           |                       |
| 1.6                                                                                   | IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y JUSTIFICACIÓN |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |                 |                                           |                       |

Se requiere el servicio de: **Medico general Consulta Externa, urgencias, ayudantia quirúrgica y traslado de pacientes, se consideran procesos de alta criticidad para el subsistema y teniendo en cuenta que la Dirección de Sanidad –Unidad Prestadora de Salud Boyacá; debe contar con el recurso humano necesario para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud a los usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la policía nacional.**

Se contrata el profesional de Medicina General, con el fin de garantizar el trabajo de forma coordinada con los diferentes actores del Subsistema, encaminados a obtener procesos asistenciales seguros, evidenciables en resultados tangibles y medibles.

Con esta contratación se realizarán Apoyos a las actividades encaminadas a garantizar el cumplimiento de los estándares de habilitación y se garantizara los servicios de salud para los usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía Nacional.

Se requiere la contratación del profesional por un plazo 03 meses para la vigencia 2021

La Unidad Prestadora de Salud Boyacá no cuenta con los medios para satisfacer esta necesidad, por lo que la forma de satisfacerla es mediante la contratación del servicio a través de un tercero; igualmente, el presupuesto para la contratación se encuentra incluido en el plan de compras de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá –Grupo Contratos y las cargas laborales debidamente justificadas y aprobadas.

La presente contratación no está cubierta en los tratados internacionales, se encuentra dentro de la excepción No. 35 grupo 931, servicios de salud humana del manual para el manejo de los acuerdos comerciales en procesos de contratación de Colombia compra eficiente

## 2. FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN

El contrato se adelanta bajo la modalidad de contratación directa, conforme a la normatividad contenida en la normatividad legal vigente, decreto 1082 de 2015, SUBSECCIÓN 4, Artículo 2.2.1.2.1.4.9, Para la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión la entidad estatal podrá contratar directamente con la persona natural o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato y que haya demostrado la idoneidad y experiencia directamente relacionada con el área de que se trate, sin que sea necesario que haya obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el ordenador del gasto deberá dejar constancia escrita”.

## 3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

### 3.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

Los factores de verificación técnicas están descritos en el Anexo No. 1 del presente estudio previo. Cuales se comprobarán como cumple o no cumple.

#### 3.1.1 COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS

##### 3.1.1.1 NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO

Título Universitario: Médico General

##### 3.1.1.2 EXPERIENCIA

Experiencia Laboral: Superior a doce (12) meses.

##### 3.1.1.3 HABILIDADES

- Experiencia certificada en labores administrativas.
- Excelentes habilidades en la transmisión de conocimientos.
- Excelente comunicación escrita.
- Adecuada habilidad social evidenciada en la constante comunicación con compañeros de trabajo, con diversa formación académica.
- Desarrollo del liderazgo mediante la aplicación de iniciativas que mejoren la calidad de información en salud que se suministra para la posterior toma de decisiones.

##### 3.1.1.4 FORMACIÓN:

- Médico General

## 4. CONDICIONES DEL CONTRATO

### 4.1 LUGAR DE ENTREGA O LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIOS

La prestación de servicios profesionales se llevará a cabo en la Unidad Prestadora de Salud Boyacá – ubicada en la calle 21 8 70 centro historico en la ciudad de Tunja.

### 4.2 FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Se hará cumpliendo con las obligaciones del contratista enumeradas en el **Anexo No. 2**, de acuerdo a las especificaciones técnicas relacionadas en el **Anexo No. 1**, por seis (06) horas diarias, treinta y tres (33) horas semanales ciento cuarenta y tres (143) horas mensuales.

### 4.3 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

- El contratista debe cumplir con la Prestación del Servicio, el cual iniciará a partir de la aprobación de la garantía única y suscripción de la carta de inicio y se realizara 11 meses para la vigencia 2021

### 4.4 FORMA DE PAGO

El pago se realizará dentro de los 15 días calendario siguientes a la presentación de la respectiva cuenta de cobro (en original) en la oficina central de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá junto con los soportes que acrediten la liquidación y el pago de los aporte a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales del periodo que corresponda, estampillas pro desarrollo de la UPTC de acuerdo a la Ordenanza 030 del 25 de Octubre de 2005 de la Asamblea de Boyacá junto con su recibo de pago, certificación de cumplimiento e informe expedido por el supervisor, informe de actividades y demás los documentos requeridos por la Dirección Administrativa y Financiera, de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC)

### 4.5 SUPERVISOR DEL CONTRATO

La Policía Metropolitana de Tunja - Unidad Prestadora de Salud Boyacá, ejercerá el control y vigilancia sobre la ejecución del contrato a través del Supervisor que para el presente proceso será el (la) Jefe de GUPAS UPRES Boyacá o quien haga sus veces o quien con posterioridad designe el Comando Policía Metropolitana de Tunja; quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la Resolución

00090 del 15 de Enero de 2018 "por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución 03049 del 30 de Julio de 2014".

#### 4.6 OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

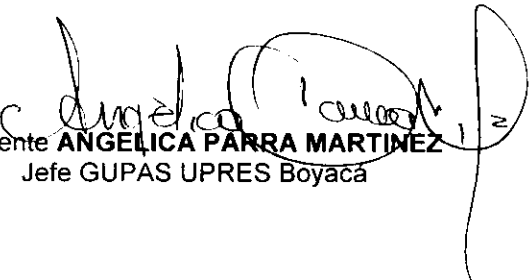
Las obligaciones del contratista están descritas en los Anexos No. 2

#### 4.7 OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

Las obligaciones de la Policía Nacional están descritas en el Anexo No. 3.

#### **Para prestación de servicios profesionales se debe anexar, los siguientes documentos** **PERSONA NATURAL:**

- Constancia de Idoneidad y Experiencia, expedida por el dueño de la necesidad, jefe de la unidad.
- Constancia de la Dirección de Talento Humano de la Dirección de Sanidad, donde certifica que en la planta de personal no existe personal con el perfil solicitado disponible.
- Propuesta o Carta de ofrecimiento de Servicios;
- Hoja de vida en el formato de la Función Pública con la declaración de bienes y rentas;
- Certificado de antecedentes penales vigente, expedido por la Policía Nacional
- Constancia de afiliación a Entidad Promotora de Salud;
- Constancia de afiliación Fondo de Pensiones; (si es pensionado allegar copia de resolución)
- Certificado vigente de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación.
- Paz y Salvo Fiscal de la Contraloría (Verificación en Boletín de Responsables Fiscales);
- Certificado vigente de Registro Único Tributario (RUT) expedido por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN.
- Formulario de Beneficiario Cuenta y certificación Bancaria sobre cuenta activa.
- Formato información de terceros.

  
Teniente **ANGÉLICA PARRA MARTÍNEZ**  
Jefe GUPAS UPRES Boyacá

## CONDICIONES TÉCNICAS

## 1. IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

**MEDICO GENERAL**Título: **Médico General**

Experiencia Laboral: Superior a doce (12) meses, con capacidad de prestar los servicios profesionales de acuerdo a las características establecidas en el presente Estudio de Conveniencia.

## 2. HORAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y HONORARIOS

| No. | Denominación   | Horas Prestación Servicio |        |     | Honorarios Mes |
|-----|----------------|---------------------------|--------|-----|----------------|
|     |                | Día                       | Semana | Mes |                |
| 1   | Médico General | 6                         | 33     | 143 | \$ 3.32        |

## 3. ACTIVIDADES PROGRAMADAS

Para la ejecución del contrato, el Contratista deberá ejecutar las siguientes actividades:

| ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS                                                                                                                                                                                                                                                                                | HORAS<br>DIA | HORAS MES |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------|
| 1. Realizar el registro cronológico de las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados, diligenciando la historia clínica del paciente de manera completa y elaborar epicrisis cuando se requieran, aplicando los derechos de los pacientes.                |              |           |
| 2. Practicar exámenes de medicina general, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que deba seguirse.                                                                                                                                                                                            |              |           |
| 3. Coordinar, controlar y evaluar el desarrollo de actividades relacionadas con el apoyo diagnóstico y terapéutico.                                                                                                                                                                                        |              |           |
| 4. Realizar la notificación semanal o inmediata de las enfermedades de notificación obligatoria de sus actividades médicas según los lineamientos del sistema de Vigilancia Epidemiológica a la Unidad correspondiente.                                                                                    |              |           |
| 5. Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población.                                                                                                                                                                                          |              |           |
| 6. Realizar remisión de pacientes a los diferentes niveles de atención, de acuerdo a las normas establecidas para el sistema de remisión, referencia y contra referencia y dejar registro en la historia clínica del proceso realizado.                                                                    |              |           |
| 7. Asegurar la prestación de los servicios de salud de conformidad con los lineamientos que determine el modelo de atención en salud para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.                                                                                                                   | 33           | 143       |
| 8. Realizar interconsulta y remitir pacientes a médicos especialistas cuando sea pertinente según el estado de salud del paciente.                                                                                                                                                                         |              |           |
| 9. Integrar el equipo interdisciplinario de atención en salud, estableciendo y manteniendo las relaciones de coordinación necesarias, con el fin de ofrecer atención integral al paciente.                                                                                                                 |              |           |
| 10. Prescribir y/o realizar procedimientos especiales para ayuda en el diagnóstico y/o manejo del paciente según el caso.                                                                                                                                                                                  |              |           |
| 11. Educar al paciente en autocuidado, hábitos de vida saludable y prevención de la enfermedad.                                                                                                                                                                                                            |              |           |
| 12. Prescribir los medicamentos en forma genérica incluidos en el plan de salud del subsistema de salud de la Policía Nacional y cuando el paciente requiera un medicamento que no se encuentre en el Vademécum vigente; el profesional debe solicitar autorización previa al comité técnico científico de |              |           |

- autorización para medicamentos de la Dirección de Sanidad, para su prescripción en el formato vigente.
13. Realizar el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud.
  14. Realizar las actividades establecidas en la gestión documental, aplicando la normatividad vigente, en cuanto al manejo de la historia medico laboral e historia clínica.
  15. Participar en los programas de promoción, educación y prevención de las enfermedades de la comunidad.
  16. Aplicar las guías de manejo, protocolos, manuales de procesos y procedimientos en todas las actividades de atención del paciente conforme a los lineamientos de la Dirección de Sanidad.
  17. Seguir los estándares, normas y niveles de calidad establecidos con relación a la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente.
  18. Realizar el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud.
  19. Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica, de acuerdo a lo establecido en la RESOLUCION NÚMERO 1995 DE 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
  20. Aplicar el proceso de archivo teniendo en cuenta la Ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo.
  21. Portar el carnet institución que lo identifique como contratista del área de sanidad en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual.
  22. Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por la Unidad Prestadora de Salud Boyacá.
  23. Las demás que le sean asignadas de acuerdo con el área de desempeño por el Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá.

## **ANEXO No. 2**

### **OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

1. 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.
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 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA, 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 tendrá fecha de suscripción la misma en que se inicie el contrato.
3. Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera.
4. Ejercer su profesión con moral y ética.
5. Hacer parte de los comités académicos, administrativos, de casos especiales, estructuradores y de evaluación de las contrataciones administrativas que lleve a cabo en LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA para los cuales sea designado, asumiendo las obligaciones establecidas en el acto de designación sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones contractuales.
6. Rendir los informes que la Dirección de Sanidad requiera dentro de los plazos determinados.
7. Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar, emitir conceptos que se requieran.
8. 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 si o por un tercero se cause a la administración o a terceros.
9. Obrar con lealtad y buena fé en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabamientos que puedan presentarse.

10. 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.
11. 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, conservando la moral y las buenas costumbres.
12. Presentar Cinco (5) días hábiles antes de la fecha de terminación del contrato al supervisor del mismo, un informe consolidado sobre todas las actividades desarrolladas durante el término de su ejecución, así mismo hará entrega de los bienes inventariados para el desarrollo de las tareas del objeto contractual.
13. 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).
14. Revisar antecedentes normativos relacionados con la apertura y cierre de Unidades de Sanidad Policial, Establecimientos de Sanidad policial del ámbito nacional y portafolio de servicios.
15. Elaborar y ajustar lineamientos (Procedimientos Menores, Administración de Medicamentos Ordenados por el Médico Tratante, utilización de Carros de Paro, Guías de manejo de I, II, III nivel de atención en urgencias y Código Azul )
16. Conceptuar las Unidades de Sanidad Policial, Áreas y oficinas asesoras del nivel central con respeto a la toma de decisiones para la apertura y cierre de Establecimientos de Sanidad Policial.
17. Realizar seguimiento a la implementación de los lineamientos.
18. Retroalimentar a las Unidades de Sanidad Policial en el cumplimiento de los lineamientos
19. Realizar ajustes a los lineamientos de apertura y cierre de Establecimientos de Sanidad Policial conforme a las novedades presentadas y nuevas normas relacionadas con la actividad.
20. Establecer los contenidos, indicadores, frecuencia del suministro de los datos y los niveles de agregación de la información que permitan el análisis y la interrelación entre los procedimientos y los procesos de la Dirección de Sanidad.
21. Aplicar el Acuerdo 002 del 27/04/2004 por el cual se establece el plan de servicios de Sanidad Militar y de la Policía Nacional y seguir lo demás lineamientos generados por el nivel central.
22. Entregar oportunamente la documentación acordada de cuentas de cobro mensualmente.

### ANEXO No. 3

#### OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

1. Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado.
2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien la Dirección de Sanidad mantendrá la interlocución permanente y directa con el CONTRATISTA.
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 a contratar.
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 "ANEXO TÉCNICO".
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 a la DIRECCIÓN DE SANIDAD, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.
6. Pagar al CONTRATISTA en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto.
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.
8. Solicitar y recibir información técnica respecto del servicio y demás del CONTRATISTA en desarrollo del objeto del contractual.
9. Rechazar el servicio cuando no cumpla con los requerimientos técnicos exigidos.

ANEXO No. 4

ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS  
Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

GARANTIAS DEL PROCESO

ETAPA CONTRACTUAL

| MECANISMO DE COBERTURA | CLASE DE RIESGO  | TIPIFICACION DE LOS RIESGOS | ESTIMACION DEL RIESGO                                | ASIGNACION DEL RIESGO | VIGENCIA                                                                                   | JUSTIFICACION VIGENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                 | COBERTURA / |
|------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| GARANTIA UNICA         | RIESGO JURIDICO  | INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO       | CONTRATISTA           | VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SESENTA (60) DIAS CALENDARIO MAS | AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCION Y LIQUIDACION DEL CONTRATO LA ESTIMACION DEL RIESGO CUBRE EL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TERMINOS DE LA CLAUSULA PENAL |             |
| GARANTIA UNICA         | RIESGO OPERATIVO | CALIDAD DEL SERVICIO        | CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DE LOS ESTUDIOS | CONTRATISTA           | VIGENTE POR CINCO (5) AÑOS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE RECIBIDO FINAL DE LOS ESTUDIOS | AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DEL SERVICIO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y 3 AÑOS MAS BUSCANDO RESARCIR EL DETRIMENTO CAUSADO A LA ENTIDAD POR MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DEL SERVICIO                                                                                                         |             |

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

|                           |                 |                                                                                                                                    |                                                                                                       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                          |  |
|---------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| MULTA                     | RIESGO JURIDICO | LA NO CONSTITUCION DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS LA POLIZA DE GARANTIA UNICA | MULTA CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO DOS (0.2%) DEL VALOR DEL CONTRATO             | CONTRATISTA | LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ(10) DIAS                                                                                                                                                                                                       | CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS A POLIZA DE GARANTIA UNICA                |  |
| MULTA                     | RIESGO JURIDICO | INCUMPLIMIENTO PARCIAL                                                                                                             | MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO CINCO (0.5%) DEL VALOR DE CUMPLIR O ENTREGAR | CONTRATISTA | LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DIAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARA DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD. ESTA SANCION SE IMPONDRA MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS QUE DIERON LUGAR A ELA | AMPARA LA MORA O INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE ALGUNA OBLIGACION DERIVADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA                                                  |  |
| CLAUSULA PENAL PECUNIARIA | RIESGO JURIDICO | INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD                                                                                     | VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                  | CONTRATISTA | EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE INCUMPLIMIENTO TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO                                                                                                           | AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA. SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD |  |

MATRIZ DE RIESGOS

| NRO. | CLASE      | FUENTE  | ETAPA     | TIPO                 | DESCRIPCIÓN (QUE PUEDE PASAR Y COMO PUEDE OCURRIR)                                                                     | CONSECUENCIA DE LA OCURRENCIA DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | VALORACIÓN DEL RIESGO | CATEGORÍA   | ¿A QUIEN SE LE ASIGNA? | TRATAMIENTO/CONTROL LES A SER IMPLEMENTADOS                                                                                                                                           | IMPACTO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO | ¿AFECTA LA EJECUCIÓN DEL PERSONA RESPONSABLE POR IMPLEMENTAR FI | FECHA ESTIMADA EN QUE SE INICIA EL | FECHA ESTIMADA EN QUE SE CUMPLE LA CI | ¿Cómo SE REALIZA EL MONITORIO? | PERIODICIDAD | ¿CUÁNDO?                        |                           |                                     |                             |
|------|------------|---------|-----------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------|---------|-----------------------|-------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|--------------|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1    | ESPECÍFICO | EXTERNO | SELECCIÓN | RIESGO OPERACIONALES | QUE NO SE PRESENTE PERSONAL PROFESIONAL PARA EL PROCESO DE SELECCIÓN O QUE LOS POSTULANTES NO CUMPLAN CON LOS PERFILES | DECLARAR DESIERTO EL PROCESO             | 3            | 2       | 5                     | RIESGO ALTO | AL CONTRATANTE         | SE AMP. EL PAGO Y SE MERECE LA PUBLICIDAD PARA DAR A CONOCER LA NECESIDAD BUSCANDO CANALES DE COMUNICACIÓN RADIALES, INTERNET, BANCO DE EMPLEO, VENTA, DE EMPLEO DE LAS UNIVERSIDADES | 2                               | 1                                                               | 3                                  | RIESGO BAJO                           | SI                             | CONTRATANTE  | INICIO DEL PROCESO DE SELECCIÓN | CIERRE DE LA CONVOCATORIA | SEGUN EL REPORTE DE LA CONVOCATORIA | DURACIÓN DE LA CONVOCATORIA |

| 3                                                                                                                               | 2                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ESPECIFICO                                                                                                                      | GENERAL                                                                                                             |
| INTERNO                                                                                                                         | EXTERNO                                                                                                             |
| EJECUCION                                                                                                                       | CONTRATACIÓN                                                                                                        |
| OPERACIONAL                                                                                                                     | OPERACIONAL                                                                                                         |
| QUE SE PRESENTE UN EVENTO<br>ADVERSO                                                                                            | QUE NO SE FIRME EL CONTRATO                                                                                         |
| AFECCIÓN EN LA SALUD DEL<br>PACIENTE                                                                                            | DESGASTE ADMINISTRATIVO Y RETRASO<br>EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES<br>OPERACIONALES                           |
| 2                                                                                                                               | 3                                                                                                                   |
| 4                                                                                                                               | 4                                                                                                                   |
| 6                                                                                                                               | 7                                                                                                                   |
| RIESGO ALTO                                                                                                                     | RIESGO ALTO                                                                                                         |
| A LAS DOS PARTES                                                                                                                | AL CONTRATANTE                                                                                                      |
| LA ADMINISTRACIÓN MEDIANTE ACCIÓN DE REPETICIÓN<br>PARA CUMPLIMIENTO A LA POLÍCIA DE RESPONSABILIDAD<br>CIVIL Y DAÑO A TERCEROS | DEJAR DENTRO DEL PROCESO DE<br>SELECCIÓN LISTA DE ELEGIBLES CON EL<br>FIN DE EVITAR APERTURA DE UN NUEVO<br>PROCESO |
| 1                                                                                                                               | 1                                                                                                                   |
| 2                                                                                                                               | 2                                                                                                                   |
| 3                                                                                                                               | 3                                                                                                                   |
| RIESGO BAJO                                                                                                                     | RIESGO BAJO                                                                                                         |
| SI                                                                                                                              | SI                                                                                                                  |
| CONTRATANTE                                                                                                                     | CONTRANTE                                                                                                           |
| A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA<br>CARTA DE INICIO                                                                                 | INICIO DEL PROCESO DE SELECCIÓN                                                                                     |
| CIERRE DE LA CONVOCATORIA                                                                                                       | CIERRE DE LA CONVOCATORIA                                                                                           |
| REPORTE EN EL MOMENTO QUE SE<br>PRESENTE                                                                                        | SEGUN EL REPORTE DE LA<br>CONVOCATORIA                                                                              |
| DIARIA                                                                                                                          | DURACION DE LA CONVOCATORIA                                                                                         |



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
POLICÍA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD  
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA

CERTIFICACION

El suscrito RESPONSABLE DE LA OFICINA DE TALENTO HUMANO DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA, deja constancia que **NO** se adjunta copia de proceso de selección toda vez que el (la) profesional **YENNY ASTRID PARRA MERCHAN**, identificado (a) con cedula de ciudadanía 40045484 de Tunja (Boyacá), venía prestando sus servicios profesionales y apoyo a la gestión como **MEDICO GENERAL** en la Unidad Prestadora de Salud Boyacá, cumpliendo a cabalidad con las obligaciones contractuales.

Dada en Tunja a los 13 de Julio de 2021

Subintendente **MILTON FERNANDO GARCIA MILLAN**  
Responsable de Talento Humano UPRES / DEBOY

Elaborado por: Subintendente MILTON FERNANDO GARCIA MILLAN/ JEFAT TAHUM  
Revisado por: Subintendente MILTON FERNANDO GARCIA MILLAN/ JEFAT TAHUM  
Fecha elaboración: 13 de Julio de 2021  
Ubicación c:\Mis documentos\TAHUM 2019

Trasversal 15 N° 16-01 Barrio Ricaurte  
Teléfonos 7453263-7409732  
disan.deboy-tahum@policia.gov.co  
[www.policia.gov.co](http://www.policia.gov.co)

Tunja, 30 de junio 2021

Señor Coronel  
HENRY YESID BELLO CUBIDES  
Comandante Policía Metropolitana de Tunja  
Carrera 11 No. 19-85 Centro  
Tunja

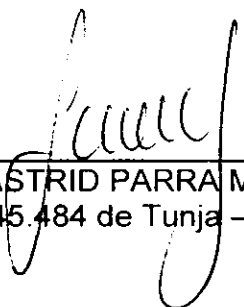
Respetado señor coronel.

Con la presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Unidad Prestadora de Salud Boyacá, mis servicios como MEDICO GENERAL que serán prestados en el Unidad Prestadora de Salud Boyacá – Clínica Policía Tunja, para tal efecto me acogeré a los honorarios establecido por la Entidad, como también soy consciente y acepto que mi vinculación sea por contrato de prestación de servicios, el cual, de acuerdo a lo establecido en la Ley 80 de 1993 no genera relación laboral ni prestaciones sociales y se celebra por el termino estrictamente indispensable.

Así mismo me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993, ni relacionado en el Boletín de Responsabilidades Fiscales de la Contraloría General de la Republica, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 60de la Ley 610 del 2000.

En caso de ser atendido mi requerimiento, solicito me sea informado calle 32 n ° 8-53 apto 12-02 bloque 3 Tunja. Celular 3115812187 o al correo electrónico yernnyaparra1604@hotmail.com.

Cordialmente,



---

YENNY ASTRID PARRA MERCHAN  
CC. 40.045.484 de Tunja – Boyacá