Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 1 JULIO 2021
Unidad:	REGIONAL DE SEGURAMIENTO EN SALUD N° 1
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.	81-7-20031-21
Constancia de recibido No.	3
Contratista:	CLAUDIA LORENA GONZALEZ GONZALEZ
NIT del contratista:	1.049.629.559
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO: TECNICO ASISTENCIAL AUXILIAR DE ENFERMERIA
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$ 12.846.016.80
Plazo de ejecución:	28/04/2021 AL 31/12/2021
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Transversal 15 No. 16 – 01 Barrio Ricaurte en la ciudad de Tunja
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	

Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente BETTY ROCIO RAMOS RODRIGUEZ Líder referencia y contrareferencia
Fecha de entrega certificada:	Del: 01/06/2021 Al: 30/06/2021
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2021	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
RASES 1	16	prestación de servicios técnicos	**$ 1.585.928,00**	**1.585.928,00**	0	**$ 1.585.928,00**

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
3	01/07/2021	**$ 1.585.928,00**		**$ 1.585.928,00**
Valor total bienes y/o servicios recibidos				**$ 1.585.928,00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Informe de actividades mensual las actividades se prestaron dentro del plazo de ejecución, Cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, avala el pago de la cuenta de cobro N°3 de fecha 1 JULIO 2021

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

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	Verificación de derechos de los usuarios en los aplicativos vigentes en todas las solicitudes. En caso de encontrar novedades realizar coordinaciones con el Grupo de registro y control de cada unidad.	**Si X No___**	La funcionaria cumplio las funciones estipuladas en el contrato.
2	Recepción de documentación para trámite de autorización allegas por los usuarios con los requisitos mínimos establecidos, contado con el conocimiento de los servicios contratos.	**Si X No___**	La funcionaria cumplio las funciones estipuladas en el contrato.
3	Disponer del funcionamiento de la ventanilla para atención presencial a usuarios, así como el canal de comunicación para los establecimientos y municipios de cada jurisdicción para la radicación de documentos de solicitudes de servicio, intervenciones,	**Si X No___**	La funcionaria cumplio las funciones estipuladas en el contrato.

	procedimientos.		
4	Verificar la malla de pertinencia y Orientar al usuario y suministrar la información que le sea solicitada	Si X No___	La funcionaria cumplio las funciones estipuladas en el contrato.
5	Recepcionar las llamadas telefónicas de la IPS que requieren de alguna autorización	Si X No___	La funcionaria cumplio las funciones estipuladas en el contrato.
6	Generar las autorizaciones de internación en la red externa contratada y no contratada para los pacientes regionalizados en la Unidad Prestadora de Salud Boyacá.	Si X No___	La funcionaria cumplio las funciones estipuladas en el contrato.
7	El personal responsable de Referencia, Contrarreferencia brindará la información concerniente a las gestiones operativas de la unidad, para que los asesores jurídicos emitan las respectivas respuestas.	Si X No___	La funcionaria cumplio las funciones estipuladas en el contrato.
8	Brindar la información requerida al personal médico de la red propia para que diligencie el formato de Contrarreferencia de la historia clínica del sistema de información en POLICIA NACIONAL utilizado para tal fin, en el módulo de órdenes médicas, registrando en la pestaña de indicaciones que servicios necesita el paciente según pertinencia médica.	Si X No___	La funcionaria cumplio las funciones estipuladas en el contrato.
9	Consolidar las novedades relacionadas con el portafolio de servicio en la Unidad Prestadora de Salud Boyacá.	Si X No___	La funcionaria cumplio las funciones estipuladas en el contrato.
10	Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la Historia Clínica.	Si X No___	La funcionaria cumplio las funciones estipuladas en el contrato.

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

FIRMA DE SUPERVISOR

Subintendente BETTY ROCIO RAMOS RODRIGUEZ

Líder referencia y contrareferencia

Bogotá D.C. 1 JULIO DE 2021

Señores:

Regional de aseguramiento en salud n° 1

Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo CLAUDIA LORENA GONZALEZ GONZALEZ identificada con cédula de ciudadanía C.C No. 1049629559 expedida en TUNJA, 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 EN SALUD N° 1**, además mi condición es de NO **Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

CLAUDIA LORENA GONZALEZ GONZALEZ

C.C No. 1049629559 expedida en TUNJA

TELEFONO 3222225122

CUENTA DE COBRO No 3 **DIAN N° ____**

Bogotá D.C 1 JULIO DE 2021

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1

NIT. 900336524-5

DEBE A:

CLAUDIA LORENA GONZALEZ GONZALEZ identificada con Cédula de Ciudadanía No 1049629559 expedida en TUNJA, la suma de $1.585.928 por concepto de las actividades desempeñadas 01 JUNIO 2021 AL 30 JUNIO 2021, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 81-7-20031-21 suscrito con la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N° 1 para prestar mis servicios como TECNICO ASISTENCIAL AUXILIAR DE ENFERMERIA

Favor consignar en la cuenta de ahorros BANCO DE BOGOTÁ No 616812962 de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

CLAUDIA LORENA GONZALEZ GONZALEZ

C.C No. 1049629559 expedida en TUNJA

TELEFONO 3222225122

Bogotá D. C., 1 JULIO 2021

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

YO, CLAUDIA LORENA GONZALEZ GONZALEZ en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1049629559 expedida en TUNJA, para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1°del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos profesionales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12,5% salud, **16% pensión** y riesgos profesionales para administrativos del 0,522% O SI ES ASISTENCIAL DEL 2,436%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato No. 81-7-20031-21 con la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 4394739489
HONORARIOS MENSUALES	1.585.928,00	1.585.928,00
BASE COTIZACION 40%	908.526,00	908.526,00
APORTE SALUD 12,5%	113.565,75	113.600,00
APORTE PENSION 16%	145.364,16	145.400,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	22.131,69	22.200,00
ADMINISTRATIVOS 0,522%	4.742,51	0,00

CLAUDIA LORENA GONZALEZ GONZALEZ
c.c. 1049629559 expedida en TUNJA
TELÉFONO: 3222225122

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION	1049629559
NOMBRE O RAZON SOCIAL			CLAUDIA LORENA GONZALEZ
CIUDAD MUNICIPIO			TUNJA
DIRECCION			CRA 16 A 7B
TIPO APORTANTE			02-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA			PRIVADA
FORMA DE PRESENTACIÓN			UNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DEPARTAMENTO			BOYACA
TELEFONO			7444411
CLASE APORTANTE			4-INDEPENDIENTE
ACTIVIDAD ECONOMICA			Actividades regulatorias y fiscalizadoras en la ar

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			4394739489	TIPO DE PLANILLA			E-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	mayo	AÑO 2021	PERIODO COTIZACION SALUD	MES	mayo	AÑO 2021
DIAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaammdd)			20210615	NUMERO AUTORIZACION			999533674

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:										$ 145.400	$ 0	$ 145.400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC33	ESSC33-COMPARTA	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600		$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACION	TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 22.200	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 22.200
SUBTOTALES:									$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 22.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN							SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	DEPENDIENTE ESTUDIANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1049629559	GONZALEZ GONZALEZ CLAUDIA LORENA	01-DEPENDIENTE	00-NINGUNO DE LOS ANTERIORES	$ 908.526			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 145.400	ESSC33-COMPARTA	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908.526	1049629559	$ 22.200	$ 0					

TOTAL	**$ 281.200**

2021-06-15 9:22 AM USUARIO: SOI CLOPEZ