Página 1 de 3	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 1 AGOSTO 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.	4
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: 01/07/2021 Al: 30/07/2021

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
4	01/08/2021	**$ 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°4 de fecha 1 AGOSTO 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	**Si X No___**	La funcionaria cumplio las funciones estipuladas en el contrato.

	de solicitudes de servicio, intervenciones, 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.

Betty Rocio Ramos Rodriguez

FIRMA DE SUPERVISOR

Subintendente BETTY ROCIO RAMOS RODRIGUEZ

Lider referencia y contrareferencia

Bogotá D. C., 1 AGOSTO 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. 4402155788**
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

CUENTA DE COBRO No 4 **DIAN N° ____**

Bogotá D.C 1 AGOSTO 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 JULIO 2021 AL 30 JULIO 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 AGOSTO DE 2021

Señores:

Regional de aseguramiento en salud n° 1

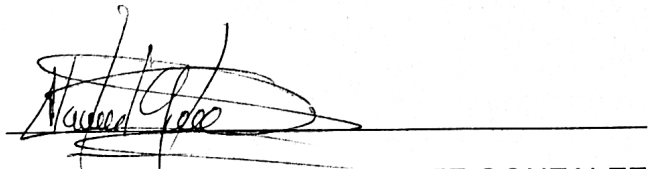
Policía Nacional

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

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 GONZALES
CIUDAD MUNICIPIO	TUNJA	DEPARTAMENTO	BOYACA
DIRECCION	CRA 16 3 70	TELEFONO	7444441
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACION	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			4402155788	TIPO DE PLANILLA		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES junio	ANO	2021	PERIODO COTIZACION SALUD	MES junio ANO	2021
DIAS DE MORA			0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021-07-14	NUMERO AUTORIZACION		9995941567

TOTAL APORTES A PENSIÓN

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

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1049629559	GONZALEZ GONZALEZ CLAUDIA LORENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 908.526				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	ESSC33-COMPARTA	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908.526	104962955	$ 22.200

PARAFISCALES

Nº	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 281.200

2021/07/14 4:21 PM USUARIO: SOI ASOTO

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9074674186 DV: 641366

Cajero: MAFEVEAR

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 14/07/2021 16:18:13

PS Recaudador:
908327 EL LIBERTADOR CR 7

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1049629559

Nombre:	CLAUDIA
Apellido 1:	GONZALEZ
Apellido 2:	GONZALEZ
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3222225122
Codigo Planilla:	4402155788
Periodo Pago:	2021/06
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia	Valor
1049629559	$281.200,00

Valor recibido:	$281.200,00
Forma de pago:	EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co