Código: 2BS-FR-0021	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Fecha: 12-03-2021	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	
Versión: 5		

Radicado GEPOL No. _____

Grado _____

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta _____

Cargo del funcionario _____

TURNO No.

No. SISCO:	**DEBOY-2023-38**	**No. REGISTRO QUIPU :**	
No. CONTRATO:	**95-7-20039-23**	**FECHA DE RECIBIDO :**	**1 de Julio del 2023**
VALOR PAGO:	**$ 2.243.639,00**	**NUMERO DE RADICADO SIIF:**	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :		**CONTRATISTA:**	**HEIDY VIVIANA GONZALEZ SAENZ**
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	**4**	**NIT DEL CONTRATISTA:**	**1.018.412.429**

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO	SI _____	NO X
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO	SI _____	NO X
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO	SI _____	NO X

ENDOSADA A: N/A **CUENTA BANCARIA:** N/A

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP)		
5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL)		
6. FACTURA ORIGINAL:		N/A
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA:	**No 9451367876 del 23/06/2023**	
8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN:	**N/A**	
8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN):	**N/A**	
9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP		
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP		
11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA.		N/A
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP		N/A
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP.		N/A
14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARAGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009,		

OBSERVACIONES : _____

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF SI___ NO ____

FIRMA

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITA LA CUENTA)

CARGO Y UNIDAD

Código: 2BS-FR-0021	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Fecha: 12-03-2021	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	
Versión: 5		

ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____ FIRMA _____

SI_____ **NO**_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____ Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN:_____

Ciudad y fecha:	Barbosa, 01 de Julio del 2023
Unidad:	Metropolitana de Tunja - Unidad Prestadora de Salud Boyacá
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.	95-7-20039-23
Constancia de recibido No.	4
Contratista:	HEIDY VIVIANA GONZALEZ SAENZ
NIT del contratista:	1.018.412.429
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO ODONTÓLOGO GENERAL
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:	$10.694.679,23
Plazo de ejecución:	06/03/2023 AL 28/07/2023
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Establecimiento de Sanidad Policial Primario Barbosa – Cra 9 No 5c 2-48 barrio Gaitán - Unidad Prestadora de Salud Boyacá
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___ NO **X**	NO APLICA
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Intendente ABELARDO DÍAZ TORRES Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Barbosa
Fecha de entrega certificada:	01/06/2023 AL 30/06/2023

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2023	Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
	UPRES DEBOY	16	Odontólogo	$2.243.639,00	$2.243.639,00	$0	$2.243.639,00
Acta de recepción de bienes	No Aplica						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
4	01/07/2023	$2.243.639,00	$0,00	$2.243.639,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$2.243.639,00	$0,00	$2.243.639,00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como Odontólogo de 33 horas semanales y 143 horas mensuales en la ESPRI BARBOSA - UPRES DEBOY, al cual el contratista ha dado cumplimiento dentro de las especificaciones y parámetros que establece el mismo contrato, por lo cual a continuación se informa las actividades realizadas durante el periodo certificado.

Informe de Actividades Mensual: los servicios 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, por lo cual se avala el pago de la cuenta de cobro No. 4 correspondiente al periodo del 01 al 30 de junio del 2023.

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	Planear, organizar, integrar, dirigir, controlar y ajustar las actividades del servicio de Salud Oral.	Si_X_ No___	Planea y organiza el servicio de manera semanal para los usuarios y beneficiarios
2	Participar en el Diagnóstico y Pronóstico del estado de salud Oral de la población potencial de su Área.	Si_X_ No___	Diagnostica de manera puntual el estado de salud oral de usuarios y beneficiarios.
3	Practicar exámenes, formular diagnóstico, prescribir el tratamiento que deba seguirse y elabora la historia clínica del paciente ,incluyendo la epicrisis y derechos del enfermo	Si_X_ No___	Efectúa la formulación y diagnósticos respectivos en las atenciones para con los pacientes
3	Atender urgencias, ordenar análisis e imágenes periapicales, panorámicas necesarias	Si_X_ No___	Efectúa las atenciones y análisis, soportados en imágenes diagnósticos
4	Realizar intervenciones de cirugía oral a pacientes ambulatorios o colaborar en ellas de acuerdo al nivel ubicado	Si_X_ No___	Interviene en procedimientos de cirugía de acuerdo a su nivel de ubicación
5	Organiza y participa de las brigadas de salud oral asignadas	Si_X_ No___	Desarrolla y ejecuta las acciones para los usuarios y beneficiarios
6	Realizar el reporte de los eventos adversos y reacciones de salud	Si_X_ No___	Efectúa los cumplimientos con actividades de reporte de eventos adversos cuando estos se presenten
7	Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica, de acuerdo a lo establecido en la resolución número 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica	Si_X_ No___	Efectúa de manera prioritaria los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica
8	Portar el carnet institución que lo identifique como contratista del área de sanidad en un lugar visible dentro	Si_X_ No___	Cumple con el uso dentro de la unidad para su identificación

	de las instalaciones de la policía nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual.		
9	Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por el área de sanidad Boyacá.	Si_X_ No___	Cumple de acuerdo a cronogramas establecidos soportados en actas de asistencia
10	el contratista se compromete a dar cumplimiento en lo pactado en la macro agenda de forma mensual con el fin de no incurrir en incumplimientos y alteraciones en la misionalidad de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá	Si_X_ No___	De acuerdo a la programación mensual plasmada en macro agenda.
11	Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato, tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial	Si_X_ No___	Cumple con el manejo y confidencialidad de la información en el desempeño de las actividades que se desarrollan dentro del establecimiento
12	Velar por la custodia de los demás bienes bajo su cargo, manteniendo el servicio de odontología para la atención oportuna y debida del usuario	Si_X_ No___	Cumple con la preparación de los equipos y elementos para el desarrollo de su ejercicio profesional
13	Las demás que le sean asignadas de acuerdo con el área de desempeño por el Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá o el supervisor del contrato.	Si_X_ No___	Cumple de acuerdo a las actividades programadas
14	Pago aportes parafiscales vigentes	Si_X_ No___	No. 9451367876 del 23/06/2023
15	Aporte apoyo ordenanza No. 030	Si_X_ No___	Comprobante pago estampilla electrónica UPTC No 7340869 valor $22.000,00

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.

Intendente ABELARDO DÍAZ TORRES
Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Barbosa

CUENTA DE COBRO No. 4

Barbosa, 01 de julio del 2023

POLICÍA METROPOLITANA DE TUNJA
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACÁ

DEBE A:

Yo, HEIDY VIVIANA GONZALEZ SAENZ identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.018.412.429 Expedida en Bogotá (Cundinamarca), la suma de $2.243.639 por concepto de las actividades desempeñadas desde el 01 al 30 de junio del 2023, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 95-7-20039-23 suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá para prestar mis servicios como Odontólogo.

Favor consignar en la cuenta de ahorros No. 55530592048 del Bancolombia de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

HEIDY VIVIANA GONZALEZ SAENZ
C.C. 1.018.412.429 Expedida en Bogotá (Cundinamarca)
No. Telefónico: 3112928275
Email: heidy.gonzalezs@correo.policia.gov.co

Barbosa, 01 de Julio del 2023

Señores:
Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá
Tunja .-

Respetados señores;

Yo, HEIDY VIVIANA GONZALEZ SAENZ identificada con cédula de ciudadanía No. 1.018.412.429 Expedida en Bogotá (Cundinamarca), para los efectos previstos en la Ley 1819 de 2016 y 1943 de 2018 y en el Decreto reglamentario 3032 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 241 y 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 el Unidad Prestadora de Salud Boyacá, además mi condición es como **NO DECLARANTE** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

HEIDY VIVIANA GONZALEZ SAENZ
C.C. 1.018.412.429 Expedida en Bogotá (Cundinamarca)
No. Telefónico: 3112928275
Email: heidy.gonzalezs@correo.policia.gov.co

Barbosa, 01 de Julio del 2023

Señores:
Policia Metropolitana de Tunja
Unidad Prestadora de Salud Boyacá
Tunja.-

Respetados señores;

Yo, HEIDY VIVIANA GONZALEZ SAENZ en calidad de contratista identificada con cedula de ciudadanía 1.018.412.429 Expedida en Bogotá (Cundinamarca), 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 administrativos del 0,522% O SI ES ASISTENCIAL DEL 2,436%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, correspondientes a los ingresos provenientes del contrato No. **95-7-20039-23** suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá.

VALOR A COTIZAR		**VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA No. 9451367876**
HONORARIOS MENSUALES	2.243.639,00	2.243.639,00
BASE COTIZACION 40%	1.160.000,00	1.160.000,00
APORTE SALUD 12,5%	145.000,00	145.000,00
APORTE PENSION 16%	185.600,00	185.600,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	28.300,00	0,00
ADMINISTRATIVOS 0,522%	6.100,00	0,00

Cordialmente,

HEIDY VIVIANA GONZALEZ SAENZ
C.C. 1.018.412.429 Expedida en Bogotá (Cundinamarca)
Teléfono 3112928275
Email: heidy.gonzalezs@correo.policia.gov.co

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018412429		GONZALEZ SAENZ HEIDY VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 18 # 19 - 129	BARBOSA-SANTANDER	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	4206706	9451367876	1	2023/07/11	2023/06/23	BANCOLOMBIA	0	$330,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BARBOSA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	1018412429	GONZALEZ HEIDY	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

2023/06/22 07:02 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018412429		GONZALEZ SAENZ HEIDY VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 18 # 19 - 129	BARBOSA-SANTANDER	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	4206706	9451367876	I	2023/07/11	2023/06/23	BANCOLOMBIA	0	$330,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$0	$0	$185,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				**1**	**$330,600**	**$0**	**$0**	**$330,600**

2023/06/22 07:02 PM

COMPROBANTE

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8918003301	BANCOLOMBIA	92196097	8038185	25/06/2023 10:49:38-a.m.

Razón Social: **UPTC - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA**

Usuario Pagador: **1018412429**

Descripción del Pago: **100000194 - Estampilla Pro-UPTC**

Dirección IP: **38.51.186.52**

Total Pagado **$ 22,000.00**

Descripción	Cantidad	Valor Pagado	Valor Servicio
100000194 - Estampilla Pro-	1	$ 22,000.00	COP$ 22,000.00

ecollect

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8918003301	BANCOLOMBIA	92196097	8038185	25/06/2023 10:49:38-a.m.

Tipo de Documento

C.C

Nombre Contratista

Heidy Viviana Gonzalez Saenz

Nombre Contratante

POLICIA NACIONAL METROPOLITANA DE

Vigencia

2023

Numero Identificación Contratista

1018412429

Numero Identificación Contratante

9008012094

Numero de Contrato

9572003923

Base Gravable

2243639

Uptc
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC
ORDENANZA 030 DE 2005

ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL
DE ALTA CALIDAD
MULTICAMPUS
RESOLUCION 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS

Número Estampilla	7340869		
Contratista:	Heidy Viviana Gonzalez Saenz		
C.C. / Nit / Identificación Contratista:	1018412429		
Objeto del Contrato	servicios como odontologa general		
Contratante:	POLICIA	C.C. / Nit / Identificación	9008012094
Numero de Contrato:	9572003923	Vigencia:	2023
Base Gravable	$2243639	Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato	$ 22,000.00
Fecha de Pago:	25/06/2023		

