N° GS-2024-239751-DEBOY

Tunja, 17 de diciembre del 2024

Señor coronel
MARCOS WILSON FORERO RUGE
Comandante Policía Metropolitana de Tunja
Carrera 11, 19 - 85 Centro Histórico
Ciudad

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **95-7-20287-24**.

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO __X__ **O FINAL** ____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/12/2024**	**Hasta**	**16/12/2024**

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la *"Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante comunicación oficial No. GS-2024-194595-DEBOY/ UPRES – JEFAD – 3.1, el señor coronel MARCOS WILSON FORERO RUGE, obrando en calidad de Comandante Policía Metropolitana de Tunja y ordenador del gasto de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá, nombró como supervisor del contrato del asunto a la señora Patrullera JEIMMY ALEJANDRA VERA BARRAGAN Responsable de Asignación de Citas Medicas

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: DOS (02)**
- Informe de supervisión GS-2024-206248-DEBOY del mes octubre/2024 del periodo comprendido entre el 17/10/2024 y el 31/10/2024.

- Informe de supervisión GS-2024-228482-DEBOY del mes noviembre/2024 del periodo comprendido entre el 01/11/2024 y el 30/12/2024.

Información del contrato.

Contrato No. / Orden de compra No.	95-7-20287-24
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA para la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA
Contratista	HERNÁNDEZ CRUZ MARCELA
Representante legal	N/A
Valor inicial del contrato u orden de compra	$11.401.868.40 distribuidos $ 5.408.578,60 vigencia 2024 y $5.993.289,80 vigencia 2025
Valor adiciones del contrato u orden de compra	N/A
Valor total del contrato u orden de compra	Total $11.401.868.40
Plazo de ejecución inicial	05 MESES Y 6 DIAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	17/10/2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	22/03/2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Adiciones	N/A
Modificatorios	N/A
Prorrogas	N/A
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

1.1 Acciones adelantadas:

- En atención al objeto contractual, se realizó seguimiento al cumplimiento por parte del contratista mediante verificación al cumplimiento de la macro agenda programada para periodo del presente informe dentro de la cual no se evidencias novedades, agenda verificada y aprobada por la Jefatura de la ESPCO Tunja.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social.	SI	Planilla integrada autoliquidación aportes No 1745803767 05/12/2024

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO:		
Asistir al profesional en odontología durante los procedimientos de atención en salud oral.	SI	Cumplió con la asistencia al profesional en odontología.
Colaborar en el registro de la odontograma	SI	Cumple con el registro de la odontograma
Realizar limpieza, desinfección y esterilización del instrumental utilizado en el consultorio odontológico	SI	Cumple con las actividades de apoyo al profesional en odontología.
Participar en la dotación del servicio (adquisición de insumos y elementos necesarios para la prestación del servicio) y realizar la semaforización de los insumos y medicamentos del servicio	SI	Cumplió de manera adecuada con el servicio, el protocolo y la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente.
Realizar preparación del material e instrumental requerido para procedimientos odontológicos, verificando que se encuentre en adecuado estado de esterilización o desinfección según las normas de bioseguridad	SI	Cumplió de manera adecuada con el servicio, el protocolo y la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente.
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	SI	Garantiza la preservación de la integridad y confidencialidad de la información y documentos de la institución.
Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica, de acuerdo con lo establecido en la RESOLUCIÓN NÚMERO 1995 DE 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica	SI	Garantiza la preservación de la integridad y confidencialidad de la información y documentos de la institución.
Participar en los programas de promoción, educación y prevención de las enfermedades de la comunidad	SI	Cumplió de manera adecuada con el servicio, el protocolo y la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente.
Aplicar los requisitos establecidos en los manuales de Bioseguridad y Manejo de residuos hospitalarios, con el propósito de dar cumplimiento a las políticas de calidad	SI	Garantiza la preservación de la integridad y confidencialidad de la información y documentos de la institución.
Participar en procesos de capacitación e instrucción, en lo concerniente a la aplicación de protocolos, guías y procedimientos de manejo actualizados, para un óptimo desempeño de sus funciones	SI	Da charla al paciente sobre recomendaciones e indicaciones.
Ejecutar los protocolos, procesos y guías de manejo del Departamento de Odontología, dando cumplimiento a los estándares establecidos.	SI	Cumplió de manera adecuada con el servicio, el protocolo y la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente.

Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por la Unidad Prestadora de Salud Boyacá	SI	Hace parte de los programas educativos de promoción y prevención.
Realizar las actividades establecidas en la gestión documental, aplicando la normatividad vigente, en cuanto al manejo de la historia medico laboral e historia clínica	SI	Garantiza la preservación de la integridad y confidencialidad de la información y documentos de la institución.
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.	SI	Maneja todos los protocolos, manuales de proceso en todas las actividades de atención al paciente según lineamientos.
Seguir los estándares, normas y niveles de calidad establecidos con relación a la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente.	SI	Cumplió de manera adecuada con el servicio, el protocolo y la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente.
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	Desempeñó los lineamientos de acuerdo a lo establecido en la RESOLUCION NÚMERO 1995 DE 1999, para la custodia y tenencia de la historia clínica.
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.	SI	Realiza el proceso de archivo de acuerdo a la Ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo.
Portar el carnet institución que lo identifique como contratista de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual.	SI	Porta el carnet de identificación de la institución en lugar visible dentro de la institución.
Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por el área de sanidad Boyacá.	SI	Participa en todas las actividades de capacitación programadas.
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 en la nacionalidad de la unidad prestadora de salud Boyacá	SI	Lleva a cabo lo programado en la macro agenda.
El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes 5 días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso "dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-0006 reporte de incidentes y eventos adversos	SI	Informa adecuadamente eventos adversos dentro del tiempo ordenado.

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

No existió reporte de novedades por parte la Jefatura de la ESPCO TUNJA

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido 60 días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, 128 días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Policía Nacional realizara los pagos al contratista por el tiempo de ejecución del contrato por 05 MESES Y 06 DIAS, que se efectuaran entre el 1 al 15 de cada mes de la presente anualidad. Cada pago del presente contrato se efectuará en mensualidades vencidas de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC) por un valor de DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE. ($2.192.667,00) de acuerdo a la resolución N° 193 del 14/05/2024 "por la cual se fijan requisitos mínimos y honorarios para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión de la dirección de sanidad". Los pagos se harán en la cuenta que se indica en el numeral 13 de presente documento y se emita el recibo a satisfacción para cada uno de ellos, por parte del supervisor del contrato. Para efectos de pago, EL CONTRATISTA deberá presentar los documentos correspondientes, con una antelación no inferior a diez (10) días a la fecha prevista para el mismo, de igual forma teniendo en cuenta la ordenanza 030 del 25 de octubre del 2005 "POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA LA EMISION DE LA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO DE LA UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA" y el comunicado 035 del 26 de agosto del 2022 "POR MEDIO DE LA CUAL SE DAN ORIENTACIONES PARA LA LIQUIDACION Y PAGO DE LA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC" el contratista realizara el pago correspondiente por concepto de estampilla liquidando el 1% al valor mensual en el banco de Bogotá, echo este proceso se generara un código QR que emitirá la respectiva estampilla, el cual será escaneado y verificado por la unidad encargada de la entidad contratante, requisito indispensable como soporte para el pago; su incumplimiento tendrá como efecto la reprogramación presupuestal para el mes siguiente. Así mismo, EL CONTRATISTA deberá relacionar en la respectiva cuenta de cobro, el número o referencia de la planilla de pago de los aportes al sistema de seguridad social integral, mes vencido, que le corresponden según la ley.

4.1 Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas

	Valor en pesos	% del valor del contrato u orden de compra
Valor total del contrato u orden de compra	$ 11.401.868,4	100,00%
Valor total de las entregas	$ 4.385.334,0	38,46%
Valor total facturado	$ 4.385.334,0	38,46%
Valor facturado pendiente de pago	$ 1.169.422,40	10,26%
Valor pagado	$ 3.215.911,6	28,21%
Valor pendiente de entrega	$ 7.016.534,4	61,54%

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**)

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor Facturado	No. factura	Valor Pagado	Valor Deducciones	No. orden de pago
Cuenta Cobro 03	$1.169.422,40	Del 01/12/2024 al 16/12/2024	$1.169.422,40	03	$0.00	$0.00	pendiente

4.2 Entrada de Bienes *(verificar que los bienes hayan ingresado a los estados contables, si aplica).*

No Aplica

5. RECOMENDACIONES

Se sugiere al profesional dejar soporte en el Sistema Integrado De Atención En Salud, en el estándar de panel ambulatorio, los procedimientos que realiza de acuerdo a su profesión, dado que la historia clínica es un documento obligatorio y necesario en el desarrollo de las prácticas de atención sanitarias de personas humanas y tiene diversas funciones que la constituyen como una herramienta fundamental de un buen desarrollo de la practica médico legal. Además de esto es un indicador que mide la productividad de los funcionarios por servicio, que se verifica en la ficha técnica de productividad de manera mensual, siendo fundamental para soporte del dueño de la necesidad en este caso el jefe del Establecimiento De Sanidad Policial Complementario, para justificar ante plan anual de necesidades y cargas laborales.

6. CONCLUSIONES

El supervisor, deberá marcar con una (x) las casillas según corresponda al periodo entregado, con el fin de que la administración tenga claridad frente al cumplimiento o no del contratista. El no diligenciamiento será causal de la devolución del respectivo informe de supervisión.

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	**SI X**	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo).
	NO__	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Firma_____

Patrullera JEIMMY ALEJANDRA VERA BARRAGAN
Cargo: Responsable Asignación de Citas Medicas
Supervisor Contrato No. 95-7-20287-24.
No. Teléfono: 608 7458626 opción 7004

Ciudad y fecha:	Tunja, 17 de diciembre del 2024
Unidad:	Policía 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.	95-7-20287-24
Constancia de recibido No.	03
Contratista:	MARCELA HERNÁNDEZ CRUZ
NIT del contratista:	CC 1.049.602.795
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA
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:	Total $11.401.868.40 distribuidos $ 5.408.578,60 vigencia 2024 y $5.993.289,80 vigencia 2025
Plazo de ejecución:	17/10/2024 al 22/03/2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD COMPLEMENTARIO TUNJA TRANSVERSAL 15 N° 16-01 - 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:	Patrullera JEIMMY ALEJANDRA VERA BARRAGAN Responsable Asignación de Citas Medicas
Fecha de entrega certificada:	Del 01/12/2024 al 16/12/2024
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024-2025	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
UPRES BOYACA	16	Auxiliar de Odontología	$1.169.422,40	$1.169.422,40	$ 0.00	$1.169.422,40

Acta de recepción de bienes	No Aplica

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
03	17/12/2024	$1.169.422,40	$ 0.00	$1.169.422,40
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$1.169.422,40	$ 0.00	$1.169.422,40

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como Auxiliar de Odontología de 08 horas diarias, 44 horas semanales y 190 horas mensuales, de acuerdo a la tabla de honorarios establecida en la resolución 193 del 14 de mayo del 2024, de la Dirección de Sanidad en el Establecimiento de Sanidad Policial Complementario de Tunja, 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.03 correspondiente al periodo del 01 de diciembre de 2024 al 16 de diciembre de 2024.
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	Asistir al profesional en odontología durante los procedimientos de atención en salud oral.	Si X No__	Cumplió con la asistencia al profesional en odontología.
2	Colaborar en el registro de la odontograma	Si X No__	Cumple con el registro de la odontograma
3	Realizar limpieza, desinfección y esterilización del instrumental utilizado en el consultorio odontológico	Si X No__	Cumple con las actividades de apoyo al profesional en odontología.
4	Participar en la dotación del servicio (adquisición de insumos y elementos necesarios para la prestación del servicio) y realizar la semaforización de los insumos y medicamentos del servicio	Si X No__	Cumplió de manera adecuada con el servicio, el protocolo y la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente.
5	Realizar preparación del material e instrumental requerido para procedimientos odontológicos, verificando que se encuentre en adecuado estado de esterilización o desinfección según las normas de bioseguridad	Si X No__	Cumplió de manera adecuada con el servicio, el protocolo y la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente.
6	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	Si X No__	Garantiza la preservación de la integridad y confidencialidad de la información y documentos de la institución.
7	Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica, de acuerdo con 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__	Garantiza la preservación de la integridad y confidencialidad de la información y documentos de la institución.
8	Participar en los programas de promoción, educación y prevención de las enfermedades de la comunidad	Si X No__	Cumplió de manera adecuada con el servicio, el protocolo y la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente.
9	Aplicar los requisitos establecidos en los manuales de Bioseguridad y Manejo de residuos hospitalarios, con el propósito de dar cumplimiento a las políticas de calidad	Si X No__	Garantiza la preservación de la integridad y confidencialidad de la información y documentos de la institución.
10	Participar en procesos de capacitación e instrucción, en lo concerniente a la aplicación de protocolos, guías y procedimientos de manejo actualizados, para un óptimo desempeño de sus funciones	Si X No__	Da charla al paciente sobre recomendaciones e indicaciones.
11	Ejecutar los protocolos, procesos y guías de manejo del Departamento de Odontología, dando cumplimiento a los estándares establecidos.	Si X No__	Cumplió de manera adecuada con el servicio, el protocolo y la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente.
12	Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por la Unidad Prestadora de Salud Boyacá	Si X No__	Hace parte de los programas educativos de promoción y prevención.
13	Realizar las actividades establecidas en la gestión documental, aplicando la normatividad vigente, en cuanto al manejo de la historia medico laboral e historia clínica	Si X No__	Garantiza la preservación de la integridad y confidencialidad de la información y documentos de la institución.

14	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.	Si X No__	Maneja todos los protocolos, manuales de proceso en todas las actividades de atención al paciente según lineamientos.
16	Seguir los estándares, normas y niveles de calidad establecidos con relación a la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente.	Si X No__	Cumplió de manera adecuada con el servicio, el protocolo y la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente.
17	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__	Desempeñó los lineamientos de acuerdo a lo establecido en la RESOLUCION NÚMERO 1995 DE 1999, para la custodia y tenencia de la historia clínica.
18	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.	Si X No__	Realiza el proceso de archivo de acuerdo a la Ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo.
19	Portar el carnet institución que lo identifique como contratista de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual.	Si X No__	Porta el carnet de identificación de la institución en lugar visible dentro de la institución.
20	Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por el área de sanidad Boyacá.	Si X No__	Participa en todas las actividades de capacitación programadas.
21	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 en la nacionalidad de la unidad prestadora de salud Boyacá	Si X No__	Lleva a cabo lo programado en la macro agenda.
22	El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes 5 días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso "dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-0006 reporte de incidentes y eventos adversos	Si X No__	Informa adecuadamente eventos adversos dentro del tiempo ordenado.
23	-1 Procurar el cuidado integral de su salud -2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo -3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales -4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités de Seguridad y Salud en el Trabajo o la Administradora de Riesgos Laborales -5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST -6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato. Obligaciones del contratista en Seguridad y Salud en el Trabajo *1. Conocer la política de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional *2. Realizar auto-reporte de condiciones de trabajo y de salud cuando le sea solicitado *3. Allegar de manera inmediata al supervisor del contrato, las incapacidades médicas que se generen	Si X No__	Cumple con todas las normas, reglamentos obligaciones del subsistema de seguridad del paciente.
24	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	Si X No__	Garantiza la preservación de la integridad y confidencialidad de la información de la institución.

	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		
25	Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente solo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información, confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial	Si X No__	Garantiza la preservación de la integridad y confidencialidad de la información de la institución.
26	El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y de la Lay 1712 de 2014, del capítulo 25 título 2 del libro 2 de la parte 2 del Decreto 1074 de 2015 y las normas que lo modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional	Si X No__	Garantiza la preservación de la integridad y confidencialidad de la información y documentos de la institución.
27	Pago aportes parafiscales vigentes	Si X No__	N° 1745803767 05/12/2024
28	Aporte apoyo ordenanza No. 030	Si X No__	Estampillas $ 16.900,00

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.

Firma_____

Patrullera JEIMMY ALEJANDRA VERA BARRAGAN
Responsable Asignación de Citas Medicas

CUENTA DE COBRO No. 03

Tunja, 17 de diciembre del 2024

POLICÍA METROPOLITANA DE TUNJA
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACÁ
DEBE A:

MARCELA HERNÁNDEZ CRUZ identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.049.602.795 Expedida en Tunja (Boyacá), la suma de $1.169.422,40 por concepto de las actividades desempeñadas desde el 01 de diciembre de 2024 al 16 de diciembre de 2024, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **95-7-20287-24** suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá para prestar mis servicios como Auxiliar de Odontología.

Favor consignar en la cuenta de ahorros No. 88268238616 del Banco BANCOLOMBIA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

MARCELA HERNÁNDEZ CRUZ
C.C. 1.049.602.795 Expedida en Tunja (Boyacá)
Teléfono 3226442078
Email: mm.hernand00028@correo.policia.gov.co

Tunja, 17 de diciembre del 2024

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

Respetados señores;

Yo, MARCELA HERNÁNDEZ CRUZ identificada con cédula de ciudadanía No. 1.049.602.795 Expedida en Tunja (Boyacá), 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 de **NO DECLARANTE** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

MARCELA HERNÁNDEZ CRUZ
C.C. 1.049.602.795 Expedida en Tunja (Boyacá)
Teléfono 3226442078
Email: mm.hernand00028@correo.policia.gov.co

Tunja, 17 de diciembre del 2024

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

Respetados señores;

Yo, MARCELA HERNANDEZ CRUZ en calidad de contratista identificada con cedula de ciudadanía 1.049.602.795 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 (Salud 12,5%, Pensión 16% y riesgos profesionales para riesgo II el 1,044%, riesgo III el 2,436%, riesgo V 6;960%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, correspondientes a los ingresos provenientes del contrato No. 95-7-20287-24 suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA N° 1745803767
HONORARIOS MENSUALES	1.169.422,40	1.169.422,40
BASE COTIZACION 40%	1.300.000,00	1.300.000,00
APORTE SALUD 12,5%	162.500,00	162.500,00
APORTE PENSION 16%	208.000,00	208.000,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
RIESGO II 1,044%	13.600,00	0,00
RIESGO III 2,436%	31.700,00	31.700,00
RIESGO V 6,960%	90.500,00	0,00

Cordialmente,

MARCELA HERNANDEZ CRUZ
C.C. 1.049.602.795 Expedida en Tunja
Teléfono 3226442078
Email: mm.hernand00028@correo.policia.gov.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1049602795
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			MARCELA HERNANDEZ CRUZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 12A N 9A-30	TELEFONO:	2600003
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:			1745803767	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/12/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	0000930065

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 200.000
SUBTOTALES:										$ 200.000	$ 0	$ 200.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACION	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS003	EPS003-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700

LIQUIDACION DISTALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COD	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	FP	PENSIÓN						SALUD						ARP					CCF			SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	IBC	TOTAL APORTE	IBC	TOTAL APORTE	IBC	TOTAL APORTE
1	CC 1049602795	HERNANDEZ CRUZ MARCELA	DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																		231001-COLFONDOS	30	1.300.000	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	No mes	$ 200.000	EPS003-COMPENSAR	30	1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.300.000	$ 1049602279	$ 31.700		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0

TOTAL	$ 402.200

Planilla Pagada
Planilla Pagada

COMPROBANTE

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8918003301	**NEQUI**	**121740847**	**1114619663**	**10/12/2024 08:18:48-a.m.**

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

Usuario Pagador: **1049602795**

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

Dirección IP: **190.255.40.66**

Total Pagado **$ 16,900.00**

Descripción	Cantidad	Valor Pagado	Valor Servicio
100000194 - Estampilla Pro-	1	$ 16,900.00	COP$ 16,900.00

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 RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS

Número Estampilla	7644296
Contratista:	MARCELA HERNÁNDEZ CRUZ
C.C. / Nit / Identificación Contratista:	1049602795
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA
Contratante:	POLMETUN - 900801209 /NIT



Numero de Contrato:	9572028724	Vigencia:	2024
Base Gravable	$1.681.044,70	Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato	$ 16,900.00
Fecha de Pago:	10/12/2024		

PBX (57) 8 7405626 / 7436208 *www.uptc.edu.co* *Carrera 6 No. 39-115 Av. Central de Norte Tunja-Boyacá*

En caso de consulta: e-mail cartera.estampillas@uptc.edu.co

Tunja, 17 de diciembre del 2024

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

Respetados señores;

Yo, MARCELA HERNÁNDEZ CRUZ identificada con cédula de ciudadanía N° 1.049.602.795 Expedida en Tunja (Boyacá), me permito informar se realiza el pago de una estampilla por un valor de $16.900,00 y una por un valor de $5.200,00 para un total de $22.100,00 lo que cubre el 1% de mis honorarios mensuales $2.192.667,00, teniendo en cuenta las instrucciones del comando del departamento de Tunja, se distribuye el valor total de las estampillas así:

Un valor de $11.750,00 para mi cuenta de cobro N° 3 del 17/12/2024 y un valor de $10.350,00 para mi cuenta de cobro N° 4 del 01/01/2025

Cordialmente,

MARCELA HERNÁNDEZ CRUZ
C.C. 1.049.602.795 Expedida en Tunja (Boyacá)
Teléfono 3226442078
Email: mm.hernand00028@correo.policia.gov.co

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141150633493

(415)7707212489984(8020) 000014115063349 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 4 9 6 0 2 7 9 5	1	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 4 9 6 0 2 7 9 5	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	CRUZ	MARCELA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: CL 12 A 9 A 30 BRR SAN LAUREANO

42. Correo electrónico: march2saes@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 6 4 4 2 0 7 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 2	2 0 0 9 1 1 0 9						5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [ ] 60. No. de Folios: [ ]

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

DOCUMENTO SIN COSTO
COBRADO POR