No. GS-2024 - 240445 - 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. **95-7-20228-24**

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-2024-169461-DEBOY / UPRES – JEFAD – 3.1, de marzo del 2024, 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, como supervisor del contrato a la señora Subintendente DIANA MARCELA MOLINA FONSECA, jefe Grupo Prestador de Atenciones en Salud de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá (E).

Mediante acta de entrega AE-2024-087490-DEBOY del 14 de noviembre del 2024, la subintendente DIANA MARCELA MOLINA FONSECA, como supervisor del contrato del asunto al, jefe grupo Prestador de Atención de Servicios en Salud, hace entrega de encargo a la señora subintendente BETTY ROCIO RAMOS RODRIGUEZ, como jefe grupo Prestador de Atención de Servicios en Salud (E).

En atención al objeto contractual, se realizó seguimiento al cumplimiento por parte del contratista mediante verificación al cumplimiento de las macro agendas programada para periodo del presente informe dentro de la cual no se evidencia novedades.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: TRES (03)**

- Informe de supervisión del mes de **septiembre** del 2024, del periodo comprendido del 16 al 30 del 2024, presentado mediante comunicado oficial No. **GS-2024-185128-DEBOY.**
- Informe de supervisión del mes de **octubre** del 2024, del periodo comprendido del 01 al 31 del 2024, presentado mediante comunicado oficial No. **GS-2024-206357-DEBOY.**
- Informe de supervisión del mes de **noviembre** del 2024, del periodo comprendido del 01 al 30 del 2024, presentado mediante comunicado oficial No. **GS-2024-228332-DEBOY.**

Información del contrato.

Contrato No. / Orden de compra No.	95-7-20228-24
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PSICOLOGA GENERAL para la unidad prestadora de salud Boyacá
Contratista	MARIELA GUIO GUIO
Representante legal	No Aplica
Valor inicial del contrato u orden de compra	VIGENCIA 2024 POR UN VALOR DE $ 12.786.364,50 Y VIGENCIA 2025 POR UN VALOR DE $ 8.158.918,30 PARA UN TOTAL DE $ 20.945.282,80.
Valor adiciones del contrato u orden de compra	$ 0,00
Valor total del contrato u orden de compra	$ 20.945.282,80
Plazo de ejecución inicial	CINCO (05) Meses veintidós (22) Días.
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	16-09-2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	07-03-2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	No Aplica
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	No Aplica
Adiciones	No Aplica
Modificatorios	No Aplica
Prorrogas	No Aplica
Otros	No Aplica

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

1.1 Acciones adelantadas:

La supervisión deberá realizar un resumen cronológico de las actuaciones adelantadas en ejercicio de las funciones, debiendo plasmar datos de relevancia, como por ejemplo fechas, números de oficios, números de actas, mensajes de correo electrónico, documentos que den cuenta de las actuaciones adelantadas entre otras.

- 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.

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, parafiscales, (cajas de compensación familiar, SENA e ICBF) ...	SI	Planilla No 4583483024 del 13/12/2024

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO: (transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra)		
1. Organizó las temáticas a desarrollar durante el cuarto trimestre del 2024, así como los pulsos respectivos.	**Si X No_**	Allego las temáticas respectivas a desarrollar durante el cuarto trimestre del 2024 a cada uno de los ESPRI.
2. Socializo y retroalimento sobre la productividad y cargue de tamiz del mes de septiembre del 2024.	**Si X No_**	Socializo y retroalimento sobre la productividad y aplicación de tamiz del mes de noviembre del 2024.
3. Revisar macro-agendas de los profesionales de salud mental.	**Si X No_**	Revisó macro-agendas de los profesionales de la salud mental.
4. Socializar funciones de psicología en atención al comunicado oficial No. GS-2024-070907-DISAN.	**Si X No_**	La profesional Socializó funciones de psicología en atención al comunicado oficial No. GS-2024-070907-DISAN
5. Desarrollo y ejecuto las actividades del plan de mejoramiento para auditoría interna del 2024	**Si X No_**	La contratista Desarrollo y allego informe de las actividades del plan de mejoramiento para auditoría interna del 2024.
6. Coordinar y desarrollar campañas relacionados con los días mundial de la salud mental (hábitos saludables, factores protectores).	**Si X No_**	La contratista organiza actividades relacionadas con los pulsos como hábitos saludables, y factores protectores).
7. Apoyar al grupo de desarrollo humano METUN	**Si X No_**	Ha desarrollado actividades con el grupo de auxiliares de la METUN en temas relacionados con prevención del acoso laboral a través del desarrollo de las habilidades blandas, manejo de autoestima, y capacitaciones de superación personal.
8. Seguimiento morbilidad en salud mental UPRES BOYACÁ	**Si X No_**	Ha realizado seguimiento a las morbilidades presentadas en el programa materno-infantil y a las propias de salud mental.
9. Seguimiento a las actividades realizadas por los profesionales de salud metal	**Si X No_**	Envió el informe mensual a la regional uno y DISAN.
10. Consolidar información mensual y trimestral de los profesionales de la salud mental para enviar reporte mensual a la Regional No. 1 de los avances realizados en el plan anual de trabajo	**Si X No_**	Envió el informe mensual y trimestral a la regional uno.
11. Consolidar información mensual para enviar a la secretaria de salud municipal en atención a los indicadores y plan de desarrollo municipal.	**Si X No_**	A la fecha la contratista ha presentado los informes pertinentes a la secretaria de salud y a protección social.
12. Asistir a los COVE mensual programados por la secretaria de salud municipal y departamental.	**Si X No_**	Asiste a reuniones organizadas por el ente territorial en donde se tratan temas de interés relacionados con salud mental.
13. Programar, liderar y desarrollar el COVE institucional mensualmente	**Si X No_**	Presento el acta de actualización y cronograma de temas a tratar durante el primer trimestre del 2024 en lo relacionado con el COVE institucional.
14. Asistir a las diferentes actividades organizadas por cada una de las dependencias.	**Si X No_**	La contratista asiste a las diferentes actividades organizadas e invitada por las dependencias por METUN.

15. Coordinar las disponibilidades de los profesionales en el área de salud mental de la UPRES BOYACA.	**Si X No_**	presento el cuadro de rotación de disponibilidad para el mes de noviembre y diciembre del 2024
16. Reportar casos de ideación, intento, gesto suicida, formatos SIVIGILA.	**Si X No_**	Ha brindado capacitación al grupo de salud mental del departamento sobre la importancia de reportar los casos presentados en el formato SIVIGILA.
17. Diligenciar Rejilla de SIVIGILA suicidio	**Si X No_**	Entrego a líder de salud mental regional uno, la matriz con el seguimiento pertinente a los usuarios relacionados en el sivigila.
18. Diligenciar Rejilla de SIVIGILA violencia y/o violencia sexual	**Si X No_**	Entrego a líder de salud mental regional uno, la matriz con el seguimiento pertinente a los usuarios relacionados.
19. Asistir a programas radiales.	**Si X No_**	Hablo sobre prevención del consumo de SPA y la campaña prevención, a los profesionales de salud mental habilidades para la vida, manejo de autoestima, entre otros.
20. Acompañamiento y estudios de caso relacionados con la salud mental de los beneficiarios del sistema de salud.	**Si X No_**	Evoluciono en cada una de las historias de los beneficiarios a quienes se les realizo el seguimiento respectivo.
21. coordinar citas de neuropsicología, y algunas de neuropediatría, psiquiatría, psiquiatría infantil entre otras.	**Si X No_**	Realizo charlas al grupo de cuidadores de la población con discapacidad beneficiaria del subsistema.
22. Enviar informes y/o cumplimientos cuando son solicitados por los diferentes entes territoriales.	**Si X No_**	Se desplazo con el grupo interdisciplinar para realizar visitas domiciliarias. A los pacientes remitidos por los diferentes programas.
23. Programar capacitaciones a los funcionarios de la ESPCO Clínica Tunja, con el fin de socializar las rías en salud mental.	**Si X No_**	Ha realizado valoraciones a las maternas del programa MI, de la institución.
24. Realizar inducción a los profesionales que ingresan en el área de salud mental.	**Si X No_**	Ejecutó seguimientos a los pacientes del programa alto costo
25. Programar y liderar la unidad de análisis cuando así se requiera.	**Si X No_**	La contratista realizo acompañamiento a los beneficiarios del programa de discapacidad.
26. Realizar charlas, capacitaciones y talleres en PYM de la salud mental al personal uniformado y beneficiarios.	**Si X No_**	Asistió al comité materno infantil programado en el mes de noviembre del 2024.
27. Aplicar tamizajes para identificar factores de riesgo en el consumo de SPA en adolescentes, jóvenes y adultos.	**Si X No_**	Registró en el sistema del sistema los seguimientos respetivos
28. Realizar seguimiento y acompañamiento a las Visitas domiciliarias que estén relacionadas con el área de salud mental.	**Si X No_**	Se realiza seguimiento la ejecución de las actividades.
29. Realizar seguimiento a las maternas y visitas domiciliarias a casos especiales.	**Si X No_**	Se verifica y se realiza seguimiento con la macro agenda mensual
30. Apoyar el programa pacientes alto costo en lo relacionado con su salud mental	**Si X No_**	Asiste a las diferentes capacitaciones convocadas
31. Apoyar el programa de discapacidad.	**Si X No_**	Ha realizado seguimientos telefónicos a los pacientes tanto de enfermedades huérfanas como a los reportados en el sistema con diferentes capacidades.
32. Participar y acompañar al comité de maternidad segura.	**Si X No_**	Asistió al comité de salud mental programado para el mes de noviembre del 2024
33. Seguimiento según casos de suicidio y violencia de género en formatos del SIVIGILA (estadística)	**Si X No_**	Ha dado cumplimiento al seguimiento del programa SIVIGILA, tanto con visitas domiciliarias como con llamadas o seguimientos telefónicos.
34. Seguimiento a pacientes con alguna patología en salud mental sobre asistencia a citas, por	**Si X No_**	Ha reportado en el sistema SISAP, las evoluciones de los seguimientos realizados

psiquiatría, y psicología, neurología, entre otras especialidades.		
35. demás actividades que el jefe estime convenientes.	**Si X No_**	Cumplimiento de Informes administrativos
36. Socialización de las rías en salud mental.	**Si X No_**	Se continua la socialización de las rías en los comités y con el grupo de profesionales en salud mental,
37. Realizar seguimiento a los casos de violencia sexual.	**Si X No_**	Para el mes de octubre no se presentó ningún caso de código blanco.
38. Seguimiento a la línea de apoyo emocional	**Si X No_**	Realizo seguimiento y apoyo a los compañeros de salud mental que han prestado disponibilidad.
39. seguimiento programa domiciliario y apoyo a la supervisión	**Si X No_**	Realizo seguimiento y visitas domiciliarias a los usuarios que ingresan al programa domiciliario, y realiza acta de seguimiento en mesa de trabajo con entidad servinsalud.

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Sin Novedades.

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

4. A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido noventa y un (91) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, ochenta y un (81) para que finalice el plazo de ejecución

TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

Policía Nacional realizara los pagos al contratista por el tiempo de ejecución del contrato por el tiempo de ejecución del contrato por cinco (5) meses veinte dos (22) días, que se efectuaran entre el 01 al 15 de cada mes de la presente anualidad, cada pago del presente contrato se efectuará en mensualidades vencidas de acuerdo del derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC) por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS m/cte. ($ 3.653.247.00). De acuerdo a la Resolución No. 193 del 14/05/2024 "*por la cual se fijan requisitos mínimos y honorarios para los contratos de prestación de servicios de 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 del presente contrato: Los cuales se efectuarán una vez se perfeccione el presente descuento y se emita el recibo a satisfacción para cada uno de ellos, por parte del supervisor del contrato. Para efectos del 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 LIQUIDCION Y PAGO DE LA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC"** el contratista realizará el pago correspondiente por concepto de estampilla liquidando el 1% al valor mensual en el banco 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 referencia de las planillas de pago de los soportes 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	$ 20.945.282,80	100,00%
Valor total de las entregas	$ 10.229.091,60	48,84%
Valor total facturado	$ 10.229.091,60	48,84%
Valor facturado pendiente de pago	$ 1.948.398,40	9,30%
Valor pagado	$ 8.280.693,20	39,53%
Valor pendiente de entrega	$ 10.716191,20	51,16%

a. 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 04	$ 1.948.398,40	del 01/12/2024 al 16/12/2024	$1.948.398,40	04	$0	$0	Pendiente

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

No Aplica

5. RECOMENDACIONES

Ninguna

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 y otros).
	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,

Betty Rocio Ramos Rodriguez

subintendente **BETTY ROCIO RAMOS RODRIGUEZ**
Cargo: Jefe Grupo Prestador de Atención en Salud (E)
Supervisor Contrato No. 95-7-20228-24
Correo electrónico: Betty.ramos3272@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3125711483

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.	95-7-20228-24
Constancia de recibido No.	04
Contratista:	MARIELA GUIO GUIO
NIT del contratista:	40.042.862
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO PSICÓLOGA
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:	VIGENCIA 2024 POR UN VALOR DE $ 12.786.364,50 Y VIGENCIA 2025 POR UN VALOR DE $ 8.158.918,30 PARA UN TOTAL DE $ 20.945.282,80
Plazo de ejecución:	16/09/2024 al 07/03/2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACÁ Calle 21 No. 8 – 70 Centro Histórico Tunja
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_**X**_	NO APLICA
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente. **BETTY ROCIO RAMOS RODRIGUEZ** Jefe Grupo Prestador de Atención en Salud (E)

Fecha de entrega certificada:	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	Psicóloga	$ 1.948.398,40	$ 1.948.398,40	0	$ 1.948.398,4

Acta de recepción de bienes	No Aplica

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
04	17/12/2024	$ 1.948.398,40	$0,00	$ 1.948.398,40
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$ 1.948.398,40	$0,00	$ 1.948.398,4

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como psicóloga de 44 horas semanales y 190 horas mensuales de acuerdo a la resolución 193 del 14/05/2024, en GUPAS- UPRES BOYACÁ, 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. 04 correspondiente al periodo del 01 de diciembre al 16 de diciembre del 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	Organiza y allega a cada uno de los ESPRI los cronogramas a ejecutar durante el año 2024 en lo relacionado con PYM, Comité de salud mental, capacitaciones profesionales, y socialización de tamizajes.	Si_X_ No___	Allego a cada ESPRI, los cronogramas a ejecutar durante el año 2024 en lo relacionado con PYM, Comité de salud mental, capacitaciones profesionales, y socialización de tamizajes.
2	Realizo y socializo estadística de indicadores del año 2024	Si_X_ No___	socializo y retroalimento estadística de indicadores del año 2024.
3	Realizo el análisis y cumplimiento de indicadores del mes de noviembre del 2024.	Si_X_ No___	La contratista realizo estadística y revisión en el sistema sobre el cumplimiento de indicadores en lo relacionado al mes de noviembre del año 2024.
4	Coordinar y desarrollar campañas relacionados con los días mundial de la salud mental (día internacional de la prevención del suicidio).	Si_X_ No___	La contratista organiza actividades relacionadas con los pulsos como (día internacional de la prevención del suicidio).

5	Apoyar al grupo de desarrollo humano METUN	Si_X_ No___	Ha desarrollado actividades con el grupo de auxiliares de la METUN en temas relacionados con prevención del acoso laboral a través del desarrollo y fortalecimiento de la autoestima.
6	Relacionar la estadística de los indicadores tanto de PYM, tamiz como de consulta de cada una de las profesionales.	Si_X_ No___	Ha Participado de las capacitaciones realizadas por la Rases, en relación a las modificaciones realzados en el sistema GEIN y atención primaria, indicadores, otras; así como retroalimentar al grupo de profesionales sobre las metas mensuales en lo relacionado a los indicadores por curso de vida y tamiz.
7	Seguimiento morbilidad en salud mental UPRES BOYACÁ	Si_X_ No___	Ha realizado seguimiento a las morbilidades presentadas en el programa materno-infantil.
8	Seguimiento e informe mensual de las actividades realizadas con los auxiliares de policía	Si_X_ No___	Envió el informe mensual a la regional uno y DISAN.
9	Consolidar información mensual y trimestral de los profesionales de la salud mental para enviar reporte mensual a la Regional No. 1 de indicadores, y trimestral en atención al plan de trabajo.	Si_X_ No___	Envió el informe mensual a la regional.
10	Consolidar información mensual para enviar a la secretaria de salud municipal en atención a los indicadores y plan de desarrollo municipal.	Si_X_ No___	A la fecha la contratista ha presentado los informes pertinentes a la secretaria de salud y a protección social.
11	Asistir a los COVE mensual programados por la secretaria de salud municipal y departamental.	Si_X_ No___	Asiste a reuniones organizadas por el ente territorial en donde se tratan temas de interés relacionados con salud mental.
12	Programar, liderar y desarrollar el COVE institucional mensualmente	Si_X_ No__	Presento el acta de actualización y cronograma de temas a tratar durante el primer trimestre del 2024 en lo relacionado con el COVE institucional.
13	Asistir a comités de gestión humana de METUN y DEBOY, mensualmente o cuando ellos lo consideren pertinente.	Si_X_ No___	La contratista asiste como invitada a los comités organizados por METUN, alcaldía y gobernación.
14	Coordinar las disponibilidades de los profesionales en el área de salud mental de la UPRES BOYACA.	Si_X_ No___	presento el cuadro de rotación de disponibilidad para el mes de noviembre y diciembre del 2024
15	12. Reportar casos de ideación, intento, gesto suicida, formatos SIVIGILA.	Si_X_ No___	Ha brindado capacitación al grupo de salud mental del departamento sobre la importancia de reportar los casos presentados en el formato SIVIGILA.
16	14. Diligenciar Rejilla de SIVIGILA suicidio	Si_X_ No___	Entrego a líder de salud mental regional uno, la matriz con el seguimiento pertinente a los usuarios relacionados en el sivigila.
17	15. Diligenciar Rejilla de SIVIGILA violencia y/o violencia sexual	Si_X_ No___	Entrego a líder de salud mental regional uno, la matriz con el seguimiento pertinente a los usuarios relacionados.
18	16. Asistir a programas radiales.	Si_X_ No___	Hablo sobre prevención del consumo de Spa y la campaña prevención, a los profesionales de salud mental.

19	Acompañamiento y estudios de caso relacionados con la salud mental de los beneficiarios del sistema de salud.	Si_X_ No___	Evoluciono en cada una de las historias de los beneficiarios a quienes se les realizo el seguimiento respectivo.
20	coordinar citas de neuropsicología, y algunas de neuropediatría, psiquiatría, psiquiatría infantil entre otras.	Si_X_ No___	Realizo charlas al grupo de cuidadores de la población con discapacidad beneficiaria del subsistema.
21	Enviar informes y/o cumplimientos cuando son solicitados por los diferentes entes territoriales.	Si_X_ No___	Se desplazo con el grupo interdisciplinar para realizar visitas domiciliarias. A los pacientes remitidos por los diferentes programas.
22	Programar capacitaciones a los funcionarios de la ESPCO Clínica Tunja, con el fin de socializar las rías en salud mental.	Si_X_ No___	Ha realizado valoraciones a las maternas del programa MI, de la institución.
23	Realizar inducción a los profesionales que ingresan en el área de salud mental.	Si_X_ No___	Ejecutó seguimientos a los pacientes del programa alto costo
24	Programar y liderar la unidad de análisis cuando así se requiera.	Si_X_ No___	La contratista realizo acompañamiento a los beneficiarios del programa de discapacidad.
25	Realizar charlas, capacitaciones y talleres en PYM de la salud mental al personal uniformado y beneficiarios.	Si_X_ No___	Asistió al comité materno infantil programado en el mes de octubre del 2024.
26	Aplicar tamizajes para identificar factores de riesgo en el consumo de SPA en adolescentes, jóvenes y adultos.	Si_X_ No___	Registró en el sistema del sistema los seguimientos respetivos
27	Realizar seguimiento y acompañamiento a las Visitas domiciliarias que estén relacionadas con el área de salud mental.	Si_X_ No___	Se realiza seguimiento la ejecución de las actividades.
28	Realizar seguimiento a las maternas y visitas domiciliarias a casos especiales.	Si_X_ No___	Se verifica y se realiza seguimiento con la macro agenda mensual
29	Apoyar el programa pacientes alto costo en lo relacionado con su salud mental	Si_X_ No___	Asiste a las diferentes capacitaciones convocadas
30	Pago aportes parafiscales vigentes	Si_X_ No___	No. 4583483024 del 13/12/2024
31	Aporte apoyo ordenanza No 030	Si_X_ No___	Estampillas $ 19.500

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.

Subintendente **BETTY ROCIO RAMOS RODRIGUEZ**
Cargo: Jefe Grupo Prestador de Atención en Salud. (E)

CUENTA DE COBRO No. 04

Tunja, 17 de diciembre del 2024

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

MARIELA GUIO GUIO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 40.042.862 Expedida en Tunja (Boyacá), la suma de $ 1948398,40 por concepto de las actividades desempeñadas desde el 01 de diciembre al 16 de diciembre del año 2024, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios **No. 95-7-20228-24,** suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá para prestar mis servicios como PSICOLOGA.

Favor consignar en la cuenta de ahorros **No. 7302094565** del Banco Colpatria de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

MARIELA GUIO GUIO
C.C. 40.042.862 Expedida en Tunja
No Telefónico: 3118076361
Email: mariela.guio@correo.policia.gov.co

Tunja, 17 diciembre del 2024

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

Respetados señores;

Yo, **MARIELA GUIO,** identificada con cédula de ciudadanía No. 40.042.862 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,

MARIELA GUIO GUIO
C.C. 40.042.862 Expedida en Tunja
No Telefónico: 3118076361
Email: mariela.guio@correo.policia.gov.co

Tunja,17 de diciembre del 2024

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

Respetados señores;

Yo, **MARIELA GUIO GUIO** en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía 40,042,862 Expedida en Tunja (Boyaca), 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. **95-7-20228-24** suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá.

VALOR A COTIZAR		**VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA NO. 4583483024**
HONORARIOS MENSUALES	1.948.398,40	1.948.398,40
BASE COTIZACION 40%	1.461.500,00	1.461.500,00
APORTE SALUD 12,5%	182.700,00	182.700,00
APORTE PENSION 16%	233.800,00	233.900,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
RIESGO II 1,044%	15.300,00	0,00
RIESGO III 2,436%	35.600,00	35.700,00
RIESGO V 6,960%	101.700,00	0,00

Cordialmente,

MARIELA GUIO GUIO
C.C. 40.042.862 Expedida en Tunja
No Telefónico: 3118076361
Email: mariela.guio@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:	40042862
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			MARIELA GUIO GUIO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 13 N 53-38	TELÉFONO:	7451010
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4583483024			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):	2024/12/13			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9991136060		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 233.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 233.900	$ 0	$ 233.900
SUBTOTALES:										$ 233.900	$ 0	$ 233.900

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 182.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 182.700	$ 0	$ 0	$ 182.700
SUBTOTALES:													$ 182.700	$ 0	$ 0	$ 182.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

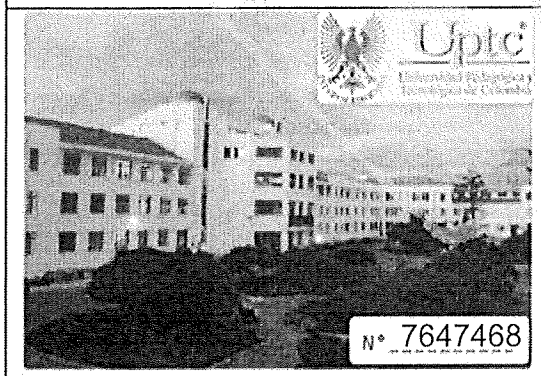
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 35.700	$ 35.700	$ 0	$ 0	$ 35.700
SUBTOTALES:									$ 35.700	$ 0	$ 0	$ 35.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 M U L T I C A M P U S RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS

Número Estampilla	7647468
Contratista:	mariela guio
C.C. / Nit / Identificación Contratista:	40042862
Objeto del Contrato	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PSICOLOGA, para la Unidad Prestadora de Salud Boyacá.
Contratante:	POLMETUN - 900801209 /NIT



Numero de Contrato:	9572022824	Vigencia:	2024
Base Gravable	$1948398,4	Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato	$ 19,500.00
Fecha de Pago:	13/12/2024		

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

COMPROBANTE

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8918003301	NEQUI	121965447	1123827233	13/12/2024 01:36:47-p.m.

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

Usuario Pagador: **40042862**

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

Dirección IP: **191.95.165.176**

Total Pagado **$ 19,500.00**

Descripción	Cantidad	Valor Pagado	Valor Servicio
100000194 - Estampilla Pro-	1	$ 19,500.00	COP$ 19,500.00

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8918003301	NEQUI	121965447	1123827233	13/12/2024 01:36:47-p.m.

Tipo de Documento
C.C

Numero Identificación Contratista
40042862

Nombre Contratista
mariela guio

Numero Identificación Contratante

Nombre Contratante
POLMETUN - 900801209

Numero de Contrato
9572022824

Vigencia
2024

Base Gravable
1948398,4

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14772771633

(415)7707212489984(8020) 000001477277163 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 0 4 2 8 6 2	8	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	4 0 0 4 2 8 6 2

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
GUIO	GUIO	MARIELA	

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
CR 13 53 38 BRR VILLA TOLEDO

42. Correo electrónico mguio4678@gmail.com

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

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 9 2	2 0 0 6 0 3 3 1	7 4 9 0	2 0 0 6 0 3 3 1			2 4 4 5	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 2 4 9

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	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 [X] 60. No. de Folios: 0

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 GUIO GUIO MARIELA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

GUPAS
Beth

#1

Pagina: 1 de 2 Código: 2BS-FR-0021 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	POLICÍA NACIONAL

Radicado GEPOL No. GS-2024- 239069 -DEBOY

Grado

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta

Cargo del funcionario

TURNO No.

No. SISCO:	DEBOY-268	No. REGISTRO QUIPU :	2128
No. CONTRATO:	95-7-20228-24	FECHA DE RECIBIDO :	
VALOR PAGO:	$ 1.948.398,40	NUMERO DE RADICADO SIIF:	205724
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :		CONTRATISTA:	MARIELA GUIO GUIO
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	4	NIT DEL CONTRATISTA:	40,042,862

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS N

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: 4583483024 del 13 /12/2024 — N/A

7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: [ ]

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). PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, [ ]

OBSERVACIONES : **NUMERO SIIF** 200424 **NUMERO QUIPU** 2182

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

FIRMA

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

CARGO Y UNIDAD

PT. DERLY PAOLA RIOS BELTRAN

ANALISTA DE CONTRATOS

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.

SI_____ NO_____

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

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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