GS-2025-022471-DEBOY

51 Betty 1 o/o

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

Radicado GEPOL No. GS-2025- 013035 -DEBOY

Grado

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta

Cargo del funcionario

TURNO No.

No. SISCO:	DEBOY-2024-322	**No. REGISTRO QUIPU :**	
No. CONTRATO:	95-7-20278-24	**FECHA DE RECIBIDO :**	
VALOR PAGO:	$3.653.247.00	**NUMERO DE RADICADO SIIF:**	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :		**CONTRATISTA:**	KARLA PATRICIA VEGA MUNIVE
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	5	**NIT DEL CONTRATISTA:**	1.002.099.756

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)		X
6. FACTURA ORIGINAL:		N/A
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA:	N0. 82943357 del 02-01-2025	X
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		x
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP		x
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,		x

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 CUE

CARGO Y UNIDAD

PT. DERLY PAOLA RIOS BELTRÁN

CONTRATOS UPRES BOYACÁ

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:_____

Este formato debe ser utilizado para la presentación de informes de supervisión a contratos de bienes y servicios, interadministrativos y ordenes de compras, diferentes a los de interventoría y de obra.

No. GS-2025- _____ - DEBOY

Tunja, 01 de febrero del 2025

Señor coronel
JAVIER GUSTAVO LEMUS PINTO
Comandante Policía Metropolitana de Tunja (E)
Carrera 11 19 - 85 Centro Histórico
Ciudad

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **95-7-20278-24**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _x_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/01/2025**	**Hasta**	**31/01/2025**

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 comunicado oficial GS-2024-194704-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 Subintendente **DIANA MARCELA MOLINA FONSECA**; Jefe Grupo Prestador de Atención en Salud (E)

Mediante Acta de Entrega AE-2024-087490-DEBOY DEL 14 DE NOVIEMBRE 2024, la Subintendente **DIANA MARCELA MOLINA FONSECA**, hace entrega de cargo y supervisión de contrato a la señora Subintendente **BETTY ROCIO RAMOS RODRIGUEZ,** como Jefe Grupo Prestador de Atención en Salud (E).

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: CUATRO (4)**

1. Informe de supervisión del mes de octubre, del periodo comprendido desde el 15 de octubre del 2024 al 31 de octubre 2024, presentado mediante el comunicado oficial **GS-2024-206365-DEBOY.**

2. Informe de supervisión del mes de noviembre, del periodo comprendido desde el 01 de noviembre del 2024 al 30 de noviembre 2024, presentado mediante el comunicado oficial **GS-2024-228318-DEBOY.**
3. Informe de supervisión del mes de diciembre, del periodo comprendido desde el 01 de diciembre del 2024 al 16 de diciembre 2024, presentado mediante el comunicado oficial **GS-2024-240496-DEBOY.**
4. Informe de supervisión del mes de diciembre, del periodo comprendido desde el 17 de diciembre del 2024 al 31 de diciembre 2024, presentado mediante el comunicado oficial **GS-2024-246932-DEBOY.**

Información del contrato.

Contrato No. / Orden de compra No.	95-7-20278-24
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERÍA JEFE
Contratista	KARLA PATRICIA VEGA MUNIVE
Representante legal	N/A
Valor inicial del contrato u orden de compra	Vigencia 2024 por valor de $9.254.892.40, vigencia 2025 por un valor de $9.863.766.90 para un total de $19.118.659.30
Valor adiciones del contrato u orden de compra	N/A
Valor total del contrato u orden de compra	$19.118.659.30
Plazo de ejecución inicial	5 MESES 07 DÍAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	15/10/2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	21/03/2025
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.

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. Del 82943357 del 02/01/2025 correspondiente al mes de diciembre del 2024.

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO:		
1. Proyectar y planear los requerimientos para el funcionamiento de las RUTAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud Unidad Prestadora de Salud Boyacá.	SI	Se realizó cronograma de actividades para llevar a cabo en el año lectivo 2025
2. Coordinar las actividades de demanda inducida y búsqueda activa institucional de usuarios objeto de las intervenciones de Promoción y Mantenimiento de la Salud.	SI	Se coordinó la actividad para el mes correspondiente en los formatos establecidos
3. Crear cronograma de comités de seguridad del paciente y maternidad segura.	SI	Se coordinó la actividad para el mes correspondiente en los formatos establecido
4. Recepcionar al nivel central información de las actividades a realizar en el mes del programa.	SI	Se realizó cronograma de actividades para llevar a cabo en el año lectivo 2024, se envió información a nivel central correspondiente al periodo
5. Generar informe de actividades ejecutadas durante el mes a nivel central.	SI	Se envió información a nivel central correspondiente al periodo en los formatos establecidos
6. Proyectar y planear actividades educativas y comunicativas para la atención integral en salud.	SI	Se coordinó la actividad para el mes correspondiente en los formatos establecidos
7. Coordinar la elaboración de la caracterización y plan de actividades de las RUTAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud Unidad	SI	Se coordinó la actividad para el mes correspondiente en los formatos establecidos
8. Realizar seguimiento a indicadores de la plataforma GEINF	SI	Se realiza trimestralmente informe a nivel central
9. Monitorear y subsanar el plan de actividades propuestas para no generar no conformidades del programa de gestión del riesgo.	SI	Se envió información a nivel central correspondiente al periodo en los formatos establecidos
10. Recepcionar y estudiar las guías técnicas para diligenciamiento de la circular 017 y reporte de KARDEX.	SI	Se realiza de manera periódica
11. Planear y coordinar encuentro con las IPS propias y de la red externa el seguimiento y cumplimiento de las metas estipuladas para RUTAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud	SI	Se organiza cronograma para el año lectivo en los formatos establecidos
12. Capacitar a los profesionales de salud sobre las Resoluciones e instructivo vigentes.	SI	Se organiza cronograma para el año lectivo en los formatos establecidos
13. Recepcionar y estudiar las guías, protocolos y normas en el proceso de atención en salud para pacientes con diagnóstico de enfermedades.	SI	Se organiza cronograma para el año lectivo en los formatos establecidos
14. Realizar seguimiento de gestantes con alto y bajo riesgo	SI	Se realiza mensualmente
15. Consolidar y realizar reporte de vacunación de esquema regular y de COVID-19	SI	Se realiza informe ménsula y se envía a secretaria de salud
16. Diligenciar rejillas de trazabilidad de las RUTAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud	SI	Se realiza diligenciamiento de acuerdo a los cronogramas establecidos por el nivel central
17. Realizar informe de Promoción y Mantenimiento de la Salud.	SI	Se realiza de manera trimestral y bimensual en los formatos establecidos
18. Generar el cargue de los indicadores de gestión del riesgo en la plataforma de GEINF.	SI	Se realizó la primera semana del periodo de reporte en los formatos establecidos
19. Realizar seguimiento de las metas de vacunación de COVID-19 y esquema regular.	SI	Se realiza de manera permanente en los reportes asignados para tal fin
20. Cumplir con las normas y procedimientos en materia de seguridad integral y conservación documental, establecidos por la Institución.	SI	Se Cumplen con todas las normas y procedimientos en materia de seguridad integral y conservación documental, establecidos por la Institución
21. Referenciar pacientes según modelo de atención en salud.	SI	Se realiza de manera permanente en los reportes asignados para tal fin

22. Verificar el seguimiento y diligenciamiento de la circular 017	SI	Se realiza de mensualmente y se reporta a nivel central
23. Retroalimentar y hacer gestión del proceso de atención integral en salud de pacientes con diagnóstico de enfermedades.	SI	Se realiza de manera permanente en los reportes asignados para tal fin
24. Verificar el cargue de indicadores de seguridad del paciente en la plataforma GEINF	SI	Se realiza de manera mensual evidenciando su seguimiento en la plataforma GEINF.
25. Coordinar el seguimiento de las rondas de seguridad y comités de seguridad del paciente de la UPRES DEBOY.	SI	Se realiza de manera permanente en los reportes asignados para tal fin
26. Verificar el cargue de los informes de los ESPRI en la plataforma de FTP ARSAN DEBOY	SI	Se realiza de acuerdo a los planes de mejora disponible desde nivel central o desde secretaria de salud.
27. General plan de mejoras de las auditorías internas y externas que se presentan en las intervenciones de Promoción y Mantenimiento de la Salud, seguridad del paciente y vacunación.	SI	Se realiza de manera permanente en los reportes asignados para tal fin
28. Realizar seguimiento a eventos en salud pública de la UPRES DEBOY.	SI	Se realiza seguimiento de acuerdo a los estipulado en la norma

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Sin Novedades

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

a la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido, ciento seis (106) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato. cincuenta y uno (51) días 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 CINCO (05) MESES Y (07) 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 TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CT(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 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 7 del presente contrato: los cuales se efectuarán una vez se perfeccione el presente documento y se emita el recibo a satisfacción por cada uno de ellos, por parte del supervisor del contrato. Para efectos del pago, LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos correspondientes, con una antelación no inferior a (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	$19.118.659.30	100 %
Valor total de las entregas	$12.908.139.40	67.5%
Valor total facturado	$12.908.139.40	67.5 %
Valor facturado pendiente de pago	$ 3.653.247.00	19.1%
Valor pagado	$9.254.892.40	48.4%

Valor pendiente de entrega	$6.210.519.90	32.4%

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 Faturado	No. factura	Valor Pagabo	Valor Deducciones	No. orden de pago
Cuenta Cobro 5	$3.653.247.00	01/01/2025 31/01/2025	$3.653.247.00	5	$0	$0	Pendiente

4.2 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,

Firma Betty Rocio Ramos Rodriguez
Subintendente **BETTY ROCIO RAMOS RODRIGUEZ**
Cargo: Jefe De Grupo Prestador De Atención En Salud (E)
Supervisor Contrato No. 95-7-20278-24
Correo electrónico: betty.ramos3272@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3125711483

Ciudad y fecha:	Tunja, 01 de febrero del 2025
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.	95-7-20278-24
Constancia de recibido No.	05
Contratista:	KARLA PATRICIA VEGA MUNIVE
NIT del contratista:	1.002.099.756
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERÍA JEFE
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 valor de $9.254.892.40, vigencia 2025 por un valor de $9.863.766.90 para un total de $19.118.659.30
Plazo de ejecución:	15/10/2024 hasta 21/03/2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Unidad Prestadora de Salud Boyacá -Calle 21#8-20 Centro Histórico
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 de Salud (E)
Fecha de entrega certificada:	01/01/2025 al 31/01/2025

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	Enfermera Jefe	$3.653.247.00	$3.653.247.00	$0	$3.653.247.00
Acta de recepción de bienes	No Aplica						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
05	01/02/2025	$3.653.247.00	$0,00	$3.653.247.00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$3.653.247.00	$0,00	$3.653.247.00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como Enfermera jefe de 44 horas semanales y 190 horas mensuales en la Unidad Prestadora de Salud Boyacá, de acuerdo a la tabla de honorarios establecida en la resolución 193 del 14 de mayo 2024 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. 05 correspondiente al periodo del 01 de enero al 31 de enero del 2025.

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.

N°	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS
1	Proyectar y planear los requerimientos para el funcionamiento de las RUTAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud Unidad Prestadora de Salud Boyacá.	Si_X_ No___	Se realizó cronograma de actividades para llevar a cabo en el año lectivo 2025
2	Coordinar las actividades de demanda inducida y búsqueda activa institucional de usuarios objeto de las intervenciones de Promoción y Mantenimiento de la Salud.	Si_X_ No___	Se coordinó la actividad para el mes correspondiente en los formatos establecidos
3	Crear cronograma de comités de seguridad del paciente y maternidad segura.	Si_X_ No___	Se coordinó la actividad para el mes correspondiente en los formatos establecido
4	Recepcionar al nivel central información de las actividades a realizar en el mes del programa.	Si_X_ No___	Se realizó cronograma de actividades para llevar a cabo en el año lectivo 2023, se envió información a nivel central correspondiente al periodo
5	Generar informe de actividades ejecutadas durante el mes a nivel central.	Si_X_ No___	Se envió información a nivel central correspondiente al periodo en los formatos establecidos
6	Proyectar y planear actividades educativas y comunicativas para la atención integral en salud.	Si_X_ No___	Se coordinó la actividad para el mes correspondiente en los formatos establecidos
7	Coordinar la elaboración de la caracterización y plan de actividades de las RUTAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud Unidad	Si_X_ No___	Se coordinó la actividad para el mes correspondiente en los formatos establecidos
8	Realizar seguimiento a indicadores de la plataforma GEINF	Si_X_ No___	Se realiza trimestralmente informe a nivel central

9	Monitorear y subsanar el plan de actividades propuestas para no generar no conformidades del programa de gestión del riesgo.	Si_X_ No___	Se envió información a nivel central correspondiente al periodo en los formatos establecidos
10	Recepcionar y estudiar las guías técnicas para diligenciamiento de la circular 017 y reporte de KARDEX.	Si_X_ No___	Se realiza de manera periódica
11	Planear y coordinar encuentro con las IPS propias y de la red externa el seguimiento y cumplimiento de las metas estipuladas para RUTAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud	Si_X_ No___	Se organiza cronograma para el año lectivo en los formatos establecidos
12	Capacitar a los profesionales de salud sobre las Resoluciones e instructivo vigentes.	Si_X_ No___	Se organiza cronograma para el año lectivo en los formatos establecidos
13	Recepcionar y estudiar las guías, protocolos y normas en el proceso de atención en salud para pacientes con diagnóstico de enfermedades.	Si_X_ No___	Se organiza cronograma para el año lectivo en los formatos establecidos
14	Realizar seguimiento de gestantes con alto y bajo riesgo	Si_X_ No___	Se realiza mensualmente
15	Consolidar y realizar reporte de vacunación de esquema regular y de COVID-19	Si_X_ No___	Se realiza informe ménsula y se envía a secretaria de salud
16	Diligenciar rejillas de trazabilidad de las RUTAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud	Si_X_ No___	Se realiza diligenciamiento de acuerdo a los cronogramas establecidos por el nivel central
17	Realizar informe de Promoción y Mantenimiento de la Salud.	Si_X_ No___	Se realiza de manera trimestral y bimensual en los formatos establecidos
18	Generar el cargue de los indicadores de gestión del riesgo en la plataforma de GEINF.	Si_X_ No___	Se realizó la primera semana del periodo de reporte en los formatos establecidos
19	Realizar seguimiento de las metas de vacunación de COVID-19 y esquema regular.	Si_X_ No___	Se realiza de manera permanente en los reportes asignados para tal fin
20	Cumplir con las normas y procedimientos en materia de seguridad integral y conservación documental, establecidos por la Institución.	Si_X_ No___	Se Cumplen con todas las normas y procedimientos en materia de seguridad integral y conservación documental, establecidos por la Institución
21	Referenciar pacientes según modelo de atención en salud.	Si_X_ No___	Se realiza de manera permanente en los reportes asignados para tal fin
22	Verificar el seguimiento y diligenciamiento de la circular 017	Si_X_ No___	Se realiza de mensualmente y se reporta a nivel central
23	Retroalimentar y hacer gestión del proceso de atención integral en salud de pacientes con diagnóstico de enfermedades.	Si_X_ No___	Se realiza de manera permanente en los reportes asignados para tal fin
24	Verificar el cargue de indicadores de seguridad del paciente en la plataforma GEINF	Si_X_ No___	Se realiza de manera mensual evidenciando su seguimiento en la plataforma GEINF.
25	Coordinar el seguimiento de las rondas de seguridad y comités de seguridad del paciente de la UPRES DEBOY.	Si_X_ No___	Se realiza de manera permanente en los reportes asignados para tal fin
26	Verificar el cargue de los informes de los ESPRI en la plataforma de FTP ARSAN DEBOY	Si_X_ No___	Se realiza de manera permanente en los reportes asignados para tal fin
27	General plan de mejoras de las auditorías internas y externas que se presentan en las intervenciones de Promoción y Mantenimiento de la Salud, seguridad del paciente y vacunación.	Si_X_ No___	Se realiza de acuerdo a los planes de mejora disponible desde nivel central o desde secretaria de salud.
28	Realizar seguimiento a eventos en salud pública de la UPRES DEBOY.	Si_X_ No___	Se realiza de manera permanente en los reportes asignados para tal fin
29	Pago aportes parafiscales vigentes	Si_X_ No___	No. 82943357 del 02/01/2025
30	Aporte apoyo ordenanza No. 030	Si_X_ No___	Estampillas $ 37.000

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**
Jefe Grupo Prestador de Atención de Salud (E)

CUENTA DE COBRO No. 05

Tunja, 01 de febrero del 2025.

POLICÍA METROPOLITANA DE TUNJA
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACÁ

DEBE A:

KARLA PATRICIA VEGA MUNIVE, Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.002.099.756 Expedida en Majagual (sucre), la suma de $ 3.653.247.00 por concepto de las actividades desempeñadas entre el 01 de enero hasta el 31 de enero del 2025, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 95-7-20278-24 suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá para prestar mis servicios como Enfermera jefe.

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 360227235 de BANCO DE BOGOTA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

KARLA PATRICIA VEGA MUNIVE
C.C. 1.002.099.756 Expedida en Majagual (sucre)
No Telefónico: 31456558926
Email: Karla.vega@correo.policia.gov.co

Tunja, 01 de febrero del 2025

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

Respetados señores;

Yo, Karla Patricia Vega Munive , identificada con cedula de ciudadanía 1.002.099.756 Expedida en Majagual (Sucre), 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 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en la Unidad Prestadora de Salud Boyacá, además mi condición es de DECLARANTE del Impuesto Sobre la Renta.

Cordialmente,

KARLA PATRICIA VEGA MUNIVE
C.C. 1.002.099.756 Expedida en Majagual (sucre)
No Telefónico: 31456558926
Email: Karla.vega@correo.policia.gov.co

Tunja, 01 de febrero del 2025

Señores:
Policia Metropolitana de Tunja
Unidad Prestadora De Salud Boyacá
Ciudad

Respetados señores;

Yo, KARLA PATRICIA VEGA MUNIVE en calidad de contratista identificada con cedula de ciudadanía 1.002.099.756 Expedida en Majagual (sucre), 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. 95-7-20278-24 del 2024 suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja –Unidad Prestadora De Salud Boyacá.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 82943357
HONORARIOS MENSUALES	$3.653.247.00	$3.653.247.00
BASE COTIZACION 40%	$1.462.000.00	$1.462.000.00
APORTE SALUD 12,5%	$182.700.00	$182.800,00
APORTE PENSION 16%	$233.800.00	$234.000,00
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,

KARLA PATRICIA VEGA MUNIVE
cc: 1002099756 Majagual(sucre)
No Te 3145658926
Email: Karla.vega@correo.policia.gov.co

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1002099756	KARLA PATRICIA VEGA MUNIVE	CALLE 15 A -12A-39	7458626	vegapatricia10@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	02/01/2025	82943357	$452.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1002099756	VEGA MUNIVE KARLA PATRICIA	57	0			N																	230301	1.462.000	234.000	0	0	0	0	EPS037	1.462.000	182.800	14-23	1.462.000	3	35.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1002099756	KARLA PATRICIA VEGA MUNIVE		CALLE 15 A -12A-39	7458626	vegapatricia10@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	02/01/2025	82943357	$452.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	182.800	0		0		0	0	0	0	182.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	234.000	0	0	0	0	0	0		234.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	35.700				35.700	0	0	35.700			357	35.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	182.800	182.800
Pensión	1	234.000	234.000
Riesgos Laborales	1	35.700	35.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	452.500	452.500

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

COMPROBANTE

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8918003301	BANCO DAVIVIENDA	123918299	1203782317	18/01/2025 09:56:15-a.m.

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

Usuario Pagador: **1002099756**

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

Dirección IP: **190.255.40.66**

Total Pagado **$ 37,000.00**

Descripción	Cantidad	Valor Pagado	Valor Servicio
100000194 - Estampilla Pro-	1	$ 37,000.00	COP$ 37,000.00

ecollect
Seguro para ti

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8918003301	BANCO DAVIVIENDA	123918299	1203782317	18/01/2025 09:56:15-a.m.

Tipo de Documento
C.C

Numero Identificación Contratista
1002099756

Nombre Contratista
KARLA PATRICIA VEGA MUNIVE

Numero Identificación Contratante

Nombre Contratante
POLMETUN - 900801209

Numero de Contrato
9572027824

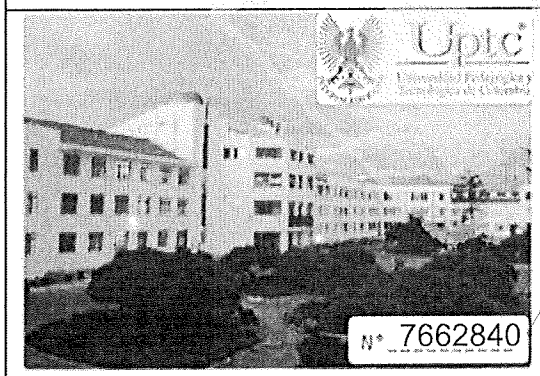
Vigencia
2025

Base Gravable
$3.653.247.00

ecollect
Seguro para ti

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	7662840
Contratista:	KARLA PATRICIA VEGA MUNIVE
C.C. / Nit / Identificación Contratista:	1002099756
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO ENFERMERA JEFE UPRES BOYACÁ
Contratante:	POLMETUN - 900801209 /NIT



Numero de Contrato:	9572027824	Vigencia:	2025
Base Gravable	$$3.653.247.00	Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato	$ 37,000.00
Fecha de Pago:	18/01/2025		

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141107488393

(415)7707212489984(8020) 000014110748839 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 2 0 9 9 7 5 6	3	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 2 0 9 9 7 5 6	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Sucre 7 0	Majagual 4 2 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VEGA	MUNIVE	KARLA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal
CR 5 B SUR 50 D 101

42. Correo electrónico vegapatricia10@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 5 0 0 1	3 1 4 5 6 5 8 9 2 6	

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 1 5 0 3 1 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	2 2																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 08 - 09 / 17 : 24: 19

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

DOCUMENTO SIN CERTIFICADO

Fecha generación documento PDF: 09-08-2024 05:24:20PM