

**No. 5 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ.****GS-2025-065130- MEBOG**

Bogotá, 01 febrero de 2025

Señora Teniente Coronel
IVONNE JOHANNA HERNANDEZ RODRIGUEZ
Jefe de Unidad Prestadora de Salud Bogotá
Bogotá D.C

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 97-7-20422-24**TIPO DE INFORME****PERIÓDICO** **X** **O FINAL** **Periodo del informe de supervisión**

01/01/2025	30/01/2025
-------------------	-------------------


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:

Responsable del programa médico domiciliario POMED.

- Mediante comunicación oficial No. GS-2024-476798-UPRES-GRUP-29.25 el señor Capitán IVAN DAVID CONTRERAS SALAMANCA Jefe (E) Grupo Contratos Unidad Prestadora De Salud Bogotá notifica como supervisor del asunto al señor CESAR FREDY BECERRA DORIA responsable del Programa Medico Domiciliario POMED, mediante la orden interna número 056 de 01 mayo de 2024
- Mediante acta de entrega N. 396- UPRES- GUPAS 29.57 del 16 de septiembre de 2024 el Señor Subintendente CESAR FREDY BECERRA DORIA como supervisor del contrato del asunto, responsable del programa médico domiciliario de la UPRES BOGOTÁ hace entrega del cargo al señor Subteniente HECTOR ENRIQUE GOMEZ CAICEDO como responsable (E) de programa médico domiciliario de la UPRESBOGOTA, mediante orden interna número 124 del 13 de septiembre del 2024
- Mediante acta de entregan No 519 UPRES – GUPAS 29.57 del 22 de noviembre de 2024 por orden interna No 157 del 07/11/2024 al 10/11/2024 el señor subintendente CESAR FREDY BECERRA DORIA hace entrega al capitán EDER STEVEN BARRTO GAONA como coordinador (A) POMED.
- Mediante acta de entrega No. 04 UPRES – GUPAS 29.57 del 28 de diciembre de 2024 por orden interna el Capitán Eder Steven Barreto Gaona hace entrega al Teniente Brian Ferney Escobedo Álvarez como Coordinador de POMED

Jhon 22/01/25

Código: 2B8-FR-0021	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
Fecha: 12-03-2021	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	
Versión: 5		

Radicado GECOP No. _____

Grado _____

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

Cargo del funcionario _____

No. SISCO:	_____	TURNOS No. (Consecutivo Anual)	_____
No. CONTRATO:	97-7-20422-24	No. REGISTRO QUIPU	_____
VALOR PAGO:	\$ 3.946.800,00	FECHA DE RECIBIDO :	1 febrero 2025
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :	N/A	NUMERO DE RADICADO SI	_____
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	6	CONTRATISTA: ANGLYE PAOLA PULIDO ALARCON	_____
		NIT DEL CONTRATISTA: 1.110.577.909	_____

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO	SI _____ NO <u>X</u>
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO	SI _____ NO <u>X</u>
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO	SI _____ NO <u>X</u>
ENDOSADA A: N/A	CUENTA BANCARIA: 89547015399
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)	<input checked="" type="checkbox"/>
6. FACTURA ORIGINAL:	<input checked="" type="checkbox"/>
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA:	<input type="checkbox"/>
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	<input checked="" type="checkbox"/>
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES PUBLICADOS EN SECOP	<input checked="" type="checkbox"/>
11. _____ DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA.	N/A
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP	N/A
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS. PUBLICADA EN SECOP.	N/A
14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARAGRAFO 1 ARTICULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009.	<input checked="" type="checkbox"/>

OBSERVACIONES: _____

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIF SI X NO _____

FIRMA
PS07 JHON MAYORGA
ANALISTA CENTRAL DE CUENTAS
 ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____ FIRMA _____ SI _____ NO _____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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


Página 1 de 2
 Código: 2BS-FR-0045
 Fecha: 12-03-2021
 Versión: 3

PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS
 CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS



Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 1 de febrero de 2025																						
Unidad:	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ																						
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.	97-7-20422-24																						
Constancia de recibido No.	06																						
Contratista:	Anglye Paola Pulido Alarcon																						
NIT del contratista:	1110577909																						
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	El objeto del presente contrato es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, EN EL PROGRAMA MÉDICO DOMICILIARIO POMED CON EL FIN DE GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE MANERA OPORTUNA A LOS USUARIOS CAPTADOS EN ESTE PROGRAMA, POR UN TÉRMINO ESTRUCTAMENTE INDISPENSABLE																						
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:	\$ 21.707.400.00																						
Plazo de ejecución:	5/9/2024 AL 14/02/2025) LA SUMA DE \$ 15.260.960.00 PARA VIGENCIA 2024 LA SUMA DE \$6.446.440.00 PARA LA VIGENCIA FUTURA 2025																						
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA																						
Lugar de ejecución y/o entrega	Cra 68 B bis No 44 - 58 Edificio BG. EDGAR YESID DUARTE VALERO Torre A, Piso 1 ubicado en la ciudad de Bogotá																						
Incumplimiento del plazo de ejecución SI NO <input checked="" type="checkbox"/>																							
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Teniente BRIAN FERNEY ESCOBEDO																						
Fecha de entrega certificada:	1/1/2025 al 30/1/2025																						
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia (2025)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vigencia</th> <th>Unidad</th> <th>Recurso</th> <th>Descripción de bienes o servicios recibidos</th> <th>Valor Recibido</th> <th>Valor Facturado</th> <th>Valor a amortizar y/o descontar</th> <th>Valor a pagar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2025</td> <td>UPRES BOGOTÁ</td> <td>16</td> <td>PRESTACIÓN DE SERVICIO ENFERMERA</td> <td>\$ 3.946.800</td> <td>\$ 3.946.800</td> <td>\$0</td> <td>\$ 3.946.800</td> </tr> </tbody> </table>							Vigencia	Unidad	Recurso	Descripción de bienes o servicios recibidos	Valor Recibido	Valor Facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar	2025	UPRES BOGOTÁ	16	PRESTACIÓN DE SERVICIO ENFERMERA	\$ 3.946.800	\$ 3.946.800	\$0	\$ 3.946.800
	Vigencia	Unidad	Recurso	Descripción de bienes o servicios recibidos	Valor Recibido	Valor Facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar															
2025	UPRES BOGOTÁ	16	PRESTACIÓN DE SERVICIO ENFERMERA	\$ 3.946.800	\$ 3.946.800	\$0	\$ 3.946.800																
<p>Quando se estén certificando valores recibidos de <u>adiciones del contrato</u>, se deberán relacionar por quadro separado del principal, cada uno.</p> <p>Para las órdenes de compra en trámite de incumplimiento, el supervisor deberá indicar el % de descuento aplicado y el valor total que incluya el descuento. Anexar soportes del trámite de incumplimiento de Colombia Compra Eficiente.</p>																							
Acta de recepción de bienes	NO APLICA																						


No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
06	1 FEBRERO de 2025	\$ 3.946.800		\$ 3.946.800
Valor total bienes y/o servicios recibidos				\$ 3.946.800

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

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Informe de actividades mensual las actividades se prestaron dentro del plazo de ejecución, Cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, avala el pago de la cuenta de cobro 06 de fecha de 1 de febrero de 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.


No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	Liderar el desarrollo de las actividades del grupo medico interdisciplinario y garantizar el cumplimiento de las metas.	Si_X_No__	
2	Asistencia en visitas de auditorías, asesorías y asistencia técnica de la institución, EPS y los entes de control.	Si_X_No__	
3	Realizar vigilancia epidemiológica y acciones de salud pública en la prestación del servicio en salud al cual se encuentra asignado, permitiendo la ejecución y fortalecimiento de plan de intervención individual y colectiva.	Si_X_No__	
4	Orientar al paciente y sus familiares sobre los procedimientos, condiciones, derechos, deberes y requisitos en la prestación de servicios a cargo de la dependencia de acuerdo con la normatividad vigente.	Si_X_No__	
5	Verificar y gestionar de forma diaria la ruta de visitas domiciliarias, garantizando un control y registro diario.	Si_X_No__	
6	Seguimiento a correo electrónico de solicitudes de servicios domiciliarios dejando registro en base de datos.	Si_X_No__	
7	Cumplir con el adecuado diligenciamiento de las historias clínicas, adherencias a guías, información al paciente (consentimiento informado diligenciado) en formatos físicos o software institucional.	Si_X_No__	
8	Asistir a capacitaciones dirigidas por la Dirección de __Sanidad – Policía Nacional.	Si_X_No__	
9	Realizar la consulta de valoración integral en los diferentes cursos de vida según los lineamientos de la resolución 3280 de 2018, así mismo cumplir con las actividades de detección temprana y protección específica (tales como citologías, asesoría en planificación familiar, consulta de control prenatal, administración de métodos anticonceptivos) así como brindar educación individual y colectiva a la población pertenecientes al subsistema de policía Nacional.	Si_X_No__	
10	Apoyo administrativo en la respuesta de solicitudes, PQRS, acciones judiciales de los diferentes entes de control y usuarios del Programa Medico Domiciliario.	Si_X_No__	
11	Atender a los usuarios del subsistema de salud de sanidad de la policía nacional consulta de enfermería profesional, conforme a las agendas.	Si_X_No__	
12	Realizar el control de la implementación del modelo de atención en salud de acuerdo a los lineamientos establecidos, realizar monitoreo de las actividades del programa de promoción y mantenimiento de la salud.	Si_X_No__	
13	Realizar el correcto diligenciamiento de las historias clínicas y/o consentimientos informados en cumplimiento con las exigencias legales y éticas artículos ARTÍCULO 3: CARACTERIZACION DE LA HISTORIA CLINICA. Define: Racionalidad científica: para efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realice ante las investigaciones de condiciones de la salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo". ARTICULO 5: GENERALIDADES "la historia clínica debe diligenciarse en forma clara, legible". C Realizar la medición de acuerdo al código de diagnóstico y/o congruencia según los datos registrados en la historia clínica.	Si_X_No__	
14	Realizar ante la eventualidad de la caída del sistema, se deberá registrar la formula en el libro destinado para ello, y se hará responsable de entregar la colilla a la enfermera encargada del manejo y custodia de las fórmulas, de lo contrario se hará responsable al profesional de la perdida de este documento legal que están siendo objeto de constantes auditorias.	Si_X_No__	

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

15	Siguiendo los parámetros y lineamientos de funcionamiento establecidos en el INSTRUCITIVO 018 DE 2018 Y la GUIA PARA EL PROGRAMA MEDICO DOMICILIARIO POMED código 2GS-GU-0008.	SI_X_No__	
16	Desempeñar funciones extramurales y administrativas	SI_X_No__	
17	Verificar y emitir dentro de su competencia el respectivo concepto técnico que proporcionara garantías fundamentales, dando aplicabilidad en consonancia a la ética profesional, con relación a las decisiones judiciales incoadas por el ente pertinente para su ejecución y que correspondan a la jurisdicción de la Regional de Aseguramiento en Salud N. 1	SI_X_No__	
18	Participar de las actividades y reuniones extraordinarias o cuando corresponda cronológicamente, bien sea con el contratista – bien sea su complejidad, en el lapso comprendido en su obligación y demás actividades que por su perfil como galeno; Coordinadas por la Dirección de Sanidad – la Regional de aseguramiento en Salud N. 1, dentro del proceso del programa POMED.	SI_X_No__	
19	Atención al usuario en lo requerimientos del mismo o por parte del jefe del POMED y demás mecanismos dentro de su ética profesional.	SI_X_No__	

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.

Observación: inicio de contrato el 5 de septiembre de 2024. o fecha de terminación de contrato.


FIRMA DE SUPERVISOR
 Teniente
 BRIAN FERNEY ESCOBEDO ALVAREZ
 POMED

Bogotá, 1 febrero de 2025

Señores:
Unidad prestadora de Salud Bogotá
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores,

YO, Angily Paola Pulido Alarcon en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° C.C 111057909 de Bogotá D.C, para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1° del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Profesionales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12,5% salud, 16% pensión y riesgos profesionales para administrativos del 1,044% o si es asistencial, el que corresponda) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato No.97-7-20422-24 con la Unidad Prestadora de Salud Bogotá.

VALOR A COTIZAR	VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA
HONORARIOS MENSUALES	3.946.800 \$
BASE COTIZACIÓN 40%	1.578.720 \$
APORTE SALUD (12,5%)	197.340 \$
APORTE PENSION (16%)	252.596 \$
APORTE RIESGOS PROFESIONALES	252.600 \$
ASISTENCIALES 2,436%	38.457,62 \$
ADMINISTRATIVOS 1,044%	38.500 \$

observaciones:

Inicio de contrato 5 de septiembre de 2024.

Cordialmente,

Angily Paola Pulido Alarcon
C.C.111057909 de Ibaque
Teléfono: 3002924304

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11887789		FALDO ALBERTO ANGLYE PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 34 a sur 68b-06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	0960132	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo	Clave		Tipo	Fecha	Pago		Valor	
Permiten	Salud	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	1105134673	9478091241	1	2023/07/07	2023/01/02	BANCOLOMBIA	0	\$48,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Hombres	Codigo	Dias	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
					IBC	Aporte	IBR	IBC	Dias	Aporte	IBR	Dias	Aporte	IBR	Dias	Aporte	IBR	Dias	Aporte
Supuesto: PRINCIPAL (1 Afiliados)																			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																			
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																			
1	CC	11057789	FALDO ANGLYE	10001	30	\$1,578,720	\$252,600	\$1,578,720	30	\$197,400	\$197,400	\$0	\$0	\$1,578,720	\$38,500	\$0	\$0	\$0	\$0
Total						Afiliados(1)													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Econverado SFNA e ICBF	
Identificación	dt	PULIDO ALARCON ANGLYE PAOLA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		calle 34 s sur 680-06		BOGOTA-BOGOTA D.E.		61960152		No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clase		Tipo		Fecha		Pago		Dias Mora		Valor			
Período	Saldos	Pago		Planchilla		Limite		Pago		Dias Mora		Valor			
2024-12	116514573	9479091241		1		2025/01/07		2025/01/02		BANCOLOMBIA		0		\$488,500	

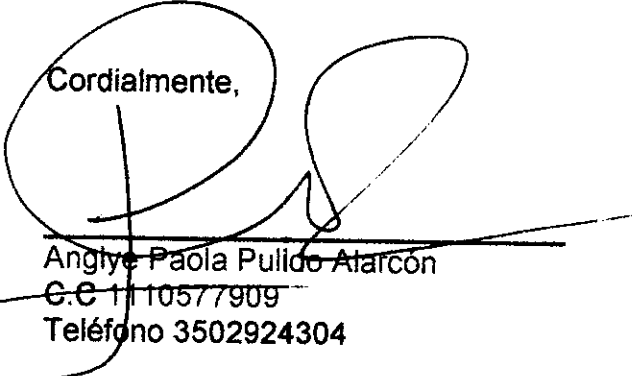
RESUMEN DE PAGO		CODIGO		NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)										
PORVENIR	230301	800,224,808	8			1	\$252,600	\$0	\$0	\$252,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)										
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6			1	\$38,500	\$0	\$0	\$38,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)										
SAMITAS	EPS005	800,251,440	6			1	\$197,400	\$0	\$0	\$197,400
TOTAL						1	\$488,500	\$0	\$0	\$488,500

Bogotá D.C., 1 de febrero de 2025.

Señores:
Unidad Prestadora de Salud Bogotá
Dirección de Sanidad
Policía Nacional
Ciudad.

Yo, Anglye Paola Pulido Alarcón identificado con cédula de ciudadanía N° 1110577909 de Ibagué, para los efectos previstos en la Ley 1607 de 2012 y el Decreto reglamentario 0099 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como; empleado, según el Artículo 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en la Unidad Prestadora de Salud Bogotá, además mi condición es de no declarante del impuesto sobre la renta.

Cordialmente,


Anglye Paola Pulido Alarcón
C.C 1110577909
Teléfono 3502924304

CUENTA DE COBRO N° 06

Bogotá D.C., 1 de febrero de 2025.

**UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA.
DE LA POLICÍA NACIONAL**

NIT. 901.361.596

DEBE A:

Anglye Paola Pulido Alarcón identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1110577909 expedida en Ibagué, la suma de \$3.946.800 por concepto de las actividades desempeñadas del 1 al 30 de enero del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 97-7-20422-24 suscrito con la unidad prestadora de salud Bogotá para prestar mis servicios como Jefe de enfermera

Favor consignar en la cuenta de Ahorros N° 89547015399 Bancolombia de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,



Anglye Paola Pulido Alarcón

C.C. 1110577909

Telefono 3502924304