No. GS-2025- 014193-DEMET **/ESPRI – UPRES – 29.25**

Villavicencio, 04 de febrero de 2025
Señor Mayor
DIEGO FERNANDO OSPINA GUTIERREZ
Jefe Unidad Prestadora de Salud Meta
Villavicencio

ASUNTO: Informe Supervisión contrato N° 103-7-200136-24

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 comunicación oficial No. GS-2024-117362-DEMET del 14 NOVIEMBRE 2024, el señor Mayor DIEGO FERNANDO OSPINA GUTIERREZ en calidad de ordenador del gasto de la Unidad Prestadora de Salud Meta, nombró como supervisor a la señora patrullera DAHIANA KATHERINE REYES BERNAL.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Mensual

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en el SECOP II: 02**

1. Informe de supervisión mes de NOVIEMBRE de 2024, periodo comprendido entre el 14/11/2024 AL 30/11/2024 GS-2024-126079-DEMET.
2. Informe de supervisión mes de DICIEMBRE de 2024, periodo comprendido entre el 01/12/2024 AL 31/12/2024 GS-2025-000293-DEMET.

***Artículo 2.1.1.2.1.8.* Publicación de la ejecución de contratos**. *Para efectos del cumplimiento de la obligación contenida en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, relativa a la información sobre la ejecución de contratos, el sujeto obligado debe publicar las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución del contrato.*

***Artículo 2.1.1.2.1.7.* Publicación de la información contractual.** *De conformidad con el literal (c) del artículo 3° de la Ley 1150 de 2007, el sistema de información del Estado en el cual los sujetos obligados que contratan con cargo a recursos públicos deben cumplir la obligación de publicar la información de su gestión contractual es el Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP). (transcripción literal parcial, subrayado fuera texto)*

Información del contrato u orden de compra

No. Contrato	N° 103-7-200136-24
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESINALES COMO MEDICO ESPECIALISTA – INTERNISTA PARA LA UNDIAD PRESTADORA DE SALUD META
Contratista	JHON FREDY ROJAS HUERFANO
Representante legal	JHON FREDY ROJAS HUERFANO
Valor inicial de la orden de compra	Es la suma de **SETENTA Y TREL MILLONES TRECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS TRECE PESOS CON VEINTICUATRO CENTAVOS ($73.345.513,24) MTC**
Valor adiciones de la orden de compra	N/A
Valor total del contrato u orden de compra	N/A
Plazo de ejecución inicial	CUATRO (4) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS 14/11/2024 HASTA 11/04/2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la orden de compra	14 Noviembre 2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la orden de compra (pactada inicialmente)	10 Abril 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	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:**

Se adelanta diariamente la verificación del cumplimiento de las funciones de la profesional, en la jornada laboral por evento, verificación de macroagenda, presentación personal.

2. VERIFICACIÓN DEL
3. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir con el objeto contractual, en la prestación de los servicios como MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.	si	ninguna
Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y derechos de autor, y elementos entregados por la Unidad Prestadora de Salud Meta, para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratados y a devolverlos a la Institución a la terminación del presente contrato. Así mismo, se responsabiliza de los daños o pérdida que sufran estos, a excepción del deterioro natural por el uso, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 2202, 2203, 2204 del Código Civil, pero no será responsable en los eventos de Caso Fortuito y Fuerza Mayor. Los bienes que entregue la Entidad al CONTRATISTA para el desarrollo de las tareas objeto del presente contrato, se hará mediante inventario, el cual se suscribirá al inicio del contrato.	si	ninguna

Diligenciar toda la documentación requerida para la atención del usuario, en forma legible y completa, en los formatos diseñados para tal fin, llevar controles estadísticos con fines científicos y administrativos y reportar las enfermedades de notificación obligatoria.	si	ninguna
Contribuir con el desarrollo del establecimiento de sanidad policial donde preste sus servicios, revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente, de calidad humana y cálida a los usuarios.	si	ninguna
Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera y realizar las notificaciones obligatorias de salud pública ante el ente competente.	si	ninguna
El contratista se compromete a realizar las actividades propias para las que fue contratado dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el Sistema de Gestión Integral (MECI, CALIDAD Y SISTEDA)	si	ninguna
El Contratista cuando en ejercicio de su profesión deba prescribir actividades, procedimientos médicos y medicamentes deberá acogerse a los Acuerdos 002 de 2001, 042 de 2005 y 046 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y Guías de Manejo establecidas y que se establezcan en la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional cuando a ello haya lugar. De igual forma dará aplicación a los preceptos contenidos en el Instructivo 021 Modelo de regulación para la prestación de los servicios de salud en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional	si	ninguna
Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas	si	ninguna
Cumplir mediante macro-agendas las horas programadas y para las cuales está contratado garantizando la oferta de servicios. De acuerdo a las necesidades del ESPRI y fomentar el auto cuidado en su persona, compañeros y usuarios, con el fin de dar aplicabilidad al modelo de atención en salud familiar con enfoque de riesgo implementado en la Unidad Prestadora de Salud Meta	si	ninguna
No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Unidad Prestadora de Salud Meta - Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	si	ninguna
Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	si	ninguna
Ejercer su profesión con moral y ética.	si	ninguna
Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes	si	ninguna
Cumplir con el sistema obligatorio de garantía de calidad, los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades del orden nacional como territorial, al igual que realizar todas las actividades para el desarrollo del PAMEC	si	ninguna
Revisar las guías de manejo institucionales y reelaboración de ser necesario mínimo una vez al mes.	si	ninguna
Rendir los informes que el supervisor y la Unidad Prestadora de Salud Meta requiera dentro de los plazos determinados.	si	ninguna
Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar, emitir conceptos que se requiera, conforme a los criterios y parámetros establecidos para el desarrollo de la valoración.	si	ninguna
EL CONTRATISTA se compromete a guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia	si	ninguna
deba conocer o manipular y responderá patrimonialmente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	si	ninguna
Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la POLICIA NACIONAL, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres.	si	ninguna
Cualquier suspensión al contrato debe llevar el visto bueno del supervisor del contrato, este tendrá que estar fundamentado por casos de fuerza mayor o caso fortuito, anexando el documento que soporte la situación.	si	ninguna
Desarrollar las actividades necesarias para dar cumplimiento de las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado acorde a la exposición del contratista o subcontratistas a los riesgos encontrados, en el centro de trabajo conde desarrolla la actividad	si	ninguna
Participar activamente en las actividades que la Policía Nacional o el contratante desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.	si	ninguna
Hacer uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados con la tarea contratada	si	ninguna

El contratista deberá informar por escrito a la otra parte con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo si durante el tiempo de ejecución del contrato surge alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes	si	ninguna
El contratista debe comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.	si	ninguna
Participar en las actividades de capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo y la ARL dando cumplimiento a las medidas de promoción y prevención de contagio de COVID-19	si	ninguna
Mantener una comunicación actualizada, precisa, oportuna y de buena calidad sobre la información científica, recomendaciones y las herramientas comunicacionales emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).	si	ninguna
Tener en cuenta las observaciones dadas por la Organización Mundial de la Salud OMS denominado “Lidiar con el estrés durante el brote de 2019-nCoV" en el link: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/200762-coping-with-stress-during-the-2019-sp.pdf.	si	ninguna
Realizar el curso en línea de la OMS frente a la prevención del COVID 19 disponible a través del link: https://openwho.org/courses/introduction-to-ncov. 37.) Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo	si	ninguna
Liderar el proceso de atención de COVID – 19, supervisando y acompañando oportunamente todos los cumplimientos exigidos y demás requerimientos solicitados por parte de los entes de Control y la Dirección de Sanidad, en pro de una oportuna atención a los Usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y de cumplir con el adecuado manejo de la información ingresándola correctamente en las matrices y aplicativos destinados ante la Emergencia sanitaria declarada por el Gobierno Nacional por la pandemia del COVID – 19 en caso de ser necesario.	si	ninguna
Realizar visitas domiciliarias a Usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que por su estado de salud y en atención al estado de emergencia sanitaria declarada por el Gobierno Nacional por la pandemia del COVID-19 no pueden asistir de manera presencial a la consulta en caso de ser necesario	si	ninguna
Realizar ingresos, seguimientos telefónicos y demás procedimientos de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social a usuarios sospechosos y positivos para COVID-19, dejando evidencia mismos en los diferentes aplicativos institucionales dispuestos para tal fin.	si	ninguna
Atender de manera oportuna los medios telefónicos y virtuales institucionales destinados a brindar atención a Usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en pro de prevenir y mitigar la pandemia del COVID-19. 42.) Utilizar correctamente los diferentes Elementos de Protección Personal (GORRO, TAPABOCAS QUIRURGICO, BATA), durante la jornada laboral, promoviendo la cultura de autocuidado y siguiendo los protocolos de prevención y mitigación del COVID-19.	si	ninguna

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

NO APLICA

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido cuarenta y ocho (78) días, que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (71) días para que finalice el plazo de ejecución.

5. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Unidad Prestadora de Salud del Meta se obliga a pagar el valor del presente contrato al Contratista, por mensualidades vencidas. El pago se realizará dentro de los 15 días calendario una vez presentado el recibo de pago y la planilla de pago de aportes de salud, pensión, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, informe de actividades junto con los documentos requeridos por la Dirección de Sanidad o unidad, de acuerdo al derecho a turno y la programación del plan anual de caja (PAC).

Si los documentos en referencia no son entregados dentro del plazo establecido o son devueltos por la Unidad Prestadora de Salud del Meta por inconsistencias como falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Unidad Prestadora de Salud del Meta se obliga a cancelar la cuenta el mes siguiente a la fecha Programada en el PAC aprobado por el Ministerio de Hacienda.

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	***% del valor del contrato***
Valor total del contrato u orden de compra	$ 72.361.009,70	$ 100,00
Valor total de las entregas	$ 37.903.386,03	$ 52,38
Valor total facturado	$ 14.767.553,00	$ 20,41
Valor facturado pendiente de pago	$ 14.767.553,00	$ 20,41
Valor pagado	$ 37.903.386,03	$ 52,38
Valor pendiente de entrega	$ 34.457.623,67	$ 47,62

4.2 Entrada de Bienes
(No aplica)

6. RECOMENDACIONES

- Tener constante comunicación con la entidad compradora.
- Responder las solicitudes realizadas por los empleados y la entidad compradora, en el menor tiempo posible.
- Se recomienda a la empresa prestadora del servicio, nombrar un supervisor con el fin de agilizar y dar inmediatez a los requerimientos de la entidad compradora.

7. CONCLUSIONES

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,

Dahiana Katherine Reyes B

Patrullera **DAHIANA KATHERINE REYES BERNAL**
Supervisor del contrato 103-7-200139-24

Ciudad y fecha:	Villavicencio, 01 Febrero 2025
Unidad:	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD META
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.	103-7-200136-24
Constancia de recibido No.	4 (CUATRO)
Contratista:	JHON FREDY ROJAS HUERFANO
NIT del contratista:	CC. 1.121.822.554 de Villavicencio
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA INTERNISTA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD META
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:	VALOR DEL CONTRATO: $ 73.345.513,24
Plazo de ejecución:	Vigencia 2024: $ 24.120.336.57 Vigencia 2025 $ 49.225.176.67 TOTAL: CUATRO (4) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS 14/11/2024 HASTA 31/04/2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD META
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	NINGUNO
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	PT **DAHIANA KATHERINE REYES BERNAL**
Fecha de entrega certificada:	DEL 01 AL 31 ENERO 2025
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025	

PUND	REC	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a descontar	Valor a pagar
UPRES	16	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA INTERNISTA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD META	$14.767.553,00	$14.767.553,00	$0.00	$14.767.553,00

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
FE-738	30/01/2025	$14.767.553,00	N/A	$14.767.553,00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Servicio prestado por la profesional de acuerdo a las condiciones y/o especificaciones técnicas del contrato, no se presentó inconveniente alguno en la ejecución del mismo durante el presente mes.

pPor 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 si__ No___	Observaciones
1	Cumplir con el objeto contractual, en la prestación de los servicios como MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.	SI	NINGUNA
2	Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y derechos de autor, y elementos entregados por la Unidad Prestadora de Salud Meta, para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratados y a devolverlos a la Institución a la terminación del presente contrato. Así mismo, se responsabiliza de los daños o pérdida que sufran estos, a excepción del deterioro natural por el uso, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 2202, 2203, 2204 del Código Civil, pero no será responsable en los eventos de Caso Fortuito y Fuerza Mayor. Los bienes que entregue la Entidad al CONTRATISTA para el desarrollo de las tareas objeto del presente contrato, se hará mediante inventario, el cual se suscribirá al inicio del contrato.	SI	NINGUNA
3	Diligenciar toda la documentación requerida para la atención del usuario, en forma legible y completa, en los formatos diseñados para tal fin, llevar controles estadísticos con fines científicos y administrativos y reportar las enfermedades de notificación obligatoria.	SI	NINGUNA
4	Contribuir con el desarrollo del establecimiento de sanidad policial donde preste sus servicios, revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente, de calidad humana y cálida a los usuarios.	SI	NINGUNA
5	5. Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera y realizar las notificaciones obligatorias de salud pública ante el ente competente.	SI	NINGUNA
6	6. El contratista se compromete a realizar las actividades propias para las que fue contratado dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el Sistema de Gestión Integral (MECI, CALIDAD Y SISTEDA)	SI	NINGUNA
7	El Contratista cuando en ejercicio de su profesión deba prescribir actividades, procedimientos médicos y medicamentes deberá acogerse a los Acuerdos 002 de 2001, 042 de 2005 y 046 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y Guías de Manejo establecidas y que se establezcan en la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional cuando a ello haya lugar. De igual forma dará aplicación a los preceptos contenidos en el Instructivo 021 Modelo de regulación para la prestación de los servicios de salud en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional	SI	NINGUNA
8	8. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas	SI	NINGUNA
9	Cumplir mediante macro-agendas las horas programadas y para las cuales está contratado garantizando la oferta de servicios. De acuerdo a las necesidades del ESPRI y fomentar el auto cuidado en su persona, compañeros y usuarios, con el fin de dar aplicabilidad al modelo de atención en salud familiar con enfoque de riesgo implementado en la Unidad Prestadora de Salud Meta	SI	NINGUNA
10	No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Unidad Prestadora de Salud Meta - Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	NINGUNA
11	Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	NINGUNA
12	Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes	SI	NINGUNA
13	Cumplir con el sistema obligatorio de garantía de calidad, los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades del orden nacional como territorial, al igual que realizar todas las actividades para el desarrollo del PAMEC	SI	NINGUNA
14	Revisar las guías de manejo institucionales y reelaboración de ser necesario mínimo una vez al mes.	SI	NINGUNA
15	Rendir los informes que el supervisor y la Unidad Prestadora de Salud Meta requiera dentro de los plazos determinados.	SI	NINGUNA
16	Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar, emitir conceptos que se requiera, conforme a los criterios y parámetros establecidos para el desarrollo de la valoración.	SI	NINGUNA
17	17. EL CONTRATISTA se compromete a guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia	SI	NINGUNA

Villavicencio, 01 de Febrero del 2025

Señor Mayor
DIEGO FERNANDO OSPINA GUTIERREZ
Jefe Unidad Prestadora de Salud Meta
Villavicencio

Respetado señor:

Yo; **JHON FREDY ROJAS HUERFANO**, en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1.121.822.554 expedida en Villavicencio (Meta), 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 asistenciales de 2,436% y para administrativos del 0,522%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes al contrato N° 103-7-200136-24 con la unidad prestadora de salud meta

LIQUIDACION PLANILLA N° 83181163		
VALOR A COTIZAR		
DETALLE	**LIQUIDACION DE HONORARIOS**	**VALOR REPORTADO PLANILLA**
HONORARIOS MENSUALES	$14.767.553,00	N.A
BASE COTIZACION 40% (HONORARIOS*40/100)	$5.907.021,2	$9.989.960
APORTE SALUD 12,5% (BASE COTIZACION*12,5/100)	$738.377,65	$1.248.800
APORTE PENSION 16% (BSE COTIZACION*16/100)	$945.123,39	$1.598.400
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436% (BASE COTIZACION*2,436/100)	$143.895,04	$243.400



JHON FREDY ROJAS HUERFANO
C.C 1.121.822.554 expedida en Villavicencio (Meta)
N° CELULAR. 3224365653

Villavicencio, 01 de febrero del 2025

Señor Mayor
DIEGO FERNANDO OSPINA GUTIERREZ
Jefe Unidad Prestadora de Salud Meta
Villavicencio

Respetado señor:

JHON FREDY ROJAS HUERFANO, identificada con Cédula de ciudadanía. No. 1.121.822.554 expedida en Villavicencio (Meta), 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 Meta, además mi condición es Declarante del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

NOMBRE: **JHON FREDY ROJAS HUERFANO**
CEDULA: No 1.121.822.554 expedida en Villavicencio (Meta)
TELEFONO: 322-4365653

Villavicencio, 01 de febrero del 2025

Señor Mayor
DIEGO FERNANDO OSPINA GUTIERREZ
Jefe Unidad Prestadora de Salud Meta
Villavicencio

Asunto: Informe de actividades

Por medio de la presente me permito informar sobre las actividades realizadas como médico especialista en **MEDICINA INTERNISTA**, del 01 hasta el 31 de enero del 2025 de la siguiente manera:

- ✓ CONSULTAS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA MEDICINA INTERNA
- ✓ ATENCION PACIENTES POLIMEDICADOS

Lo anterior para su conocimiento y fines que estime pertinentes.

Atentamente,

NOMBRE: **JHON FREDY ROJAS HUERFANO**
CEDULA: No 1.121.822.554 expedida en Villavicencio (Meta)
TELEFONO: 322-4365653

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121822554	JHON FREDY ROJAS HUERFANO	CALLE 15 # 47 - 05 APTO 303 8VA ETAPA	6086664932	rojasjhonf@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	07/01/2025	83181163	$3.190.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.248.800	0		0		0	0	0	0	1.248.800	1

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP Solidaridad	Aporte FSP Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800229308-8	1.598.400	0	0	50.000	50.000	0	0		1.698.400	

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	8600[illegible]	243.400				243.400			243.400			2.434	243.400	

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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 ICE, LMA, Mora y Sanc	Total a Pagar
Salud	1	1.248.800	1.248.800
Pensión	1	1.698.400	1.698.400
Riesgos Laborales	1	243.400	243.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.190.600	3.190.600

ACEPTADA

1121822554

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	1121822554	JHON FREDY ROJAS HUERFANO		CALLE 15 # 47 - 05 APTO 303 8VA ETAPA	6086594932	rojasjhonf@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD IPC
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2024-12	2024-12	I	07/01/2025	83181163	$3.190.600	

LLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD						RIESGOS LABORALES						APORTES PARAFISCALES				
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo	Extranjero no obligado a cotizar pensión	Colombiano en el exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Valor UPC Adicional	Valor Aportes Voluntarios	Fondo pensiones Obligatorias	Fondo pensiones Cuenta de Subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Cód. CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC Aporte Sena e ICBF	Aporte ICBF	Aporte SENA	Aporte ESAP	Aporte MEN
1121822554	ROJAS HUERFANO JHON FREDY	59	0		N																			230301	9,989,960	1,598,400	0	0	50.000	50.000	EPS005	9,989,960	1,248,800	14-23	9,989,960	3	243,400			0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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