

|                     |                                                         |                                                                                                                |
|---------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 1 de 6       | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS       | <br><b>POLICÍA NACIONAL</b> |
| Código: 2BS-FR-0019 |                                                         |                                                                                                                |
| Fecha: 12-03-2021   | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA |                                                                                                                |
| Versión: 5          |                                                         |                                                                                                                |

**No. 5 GS-2025 - 043705 - DEBOY**

Tunja, 01 de marzo 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. 95-7-20291-24

**TIPO DE INFORME**

PERIÓDICO X O FINAL   

**Periodo del informe de supervisión**

|              |            |              |            |
|--------------|------------|--------------|------------|
| <b>Desde</b> | 01/02/2025 | <b>Hasta</b> | 28/02/2025 |
|--------------|------------|--------------|------------|

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-2024-214527-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 al señor Subintendente MILTON FERNANDO GARCIA MILLAN, jefe (E) Almacén UPRES BOYACA
  - Mediante comunicación acta No. AC-2025-007478-DEBOY/UPRES–JEFAD–29.25, el señor Mayor EIDDER FENRANNO CHACON GONZALEZ, obrando en calidad de comandante de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá, nombró encargada del Almacén Unidad Prestadora de Salud Boyacá a la señora Subintendente DIANA MARCELA MOLINA FONSECA.
  - Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL X
  - No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:** CUATRO (4)
- Informe de supervisión del mes de noviembre del 2024 o del periodo comprendido entre el 18/11/2024 al 30/11/2024 publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial No. GS-2024-228664-DEBOY.

|                     |                                                         |                                                                                                         |
|---------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 2 de 6       | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS       | <br>POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019 |                                                         |                                                                                                         |
| Fecha: 12-03-2021   | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA |                                                                                                         |
| Versión: 5          |                                                         |                                                                                                         |

2. ✓ Informe de supervisión del mes de diciembre del 2024 o del periodo comprendido entre el 01/12/2024 al 16/12/2024 publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial No. GS-2024-240186-DEBOY.
3. ✓ Informe de supervisión del mes de diciembre del 2024 o del periodo comprendido entre el 17/12/2024 al 31/12/2024 publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial No. GS-2024-247044-DEBOY.
4. ✓ Informe de supervisión del mes de enero del 2025 o del periodo comprendido entre el 01/01/2025 al 31/01/2025 publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial No. GS-2025-022774-DEBOY.

**Información del contrato.**

|                                                                                                   |                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contrato No. / Orden de compra No.                                                                | 95-7-20291-24 ✓                                                                                                            |
| Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra                             | Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PSICÓLOGA para la Unidad Prestadora de Salud de Boyacá. |
| Contratista                                                                                       | DIANA CAROLINA NIÑO BLANCO                                                                                                 |
| Representante legal                                                                               | N/A                                                                                                                        |
| Valor inicial del contrato u orden de compra                                                      | \$17.535.585,60 ✓                                                                                                          |
| Valor adiciones del contrato u orden de compra                                                    | \$ 0,00                                                                                                                    |
| Valor total del contrato u orden de compra                                                        | Vigencia 2024 \$5.236.320,70 y vigencia 2025 \$12.299.264,90; para un total \$17.535.585,60 ✓                              |
| Plazo de ejecución inicial                                                                        | 04 MESES Y 24 DÍAS                                                                                                         |
| Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra                             | 18/11/2024 ✓                                                                                                               |
| Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente) | 11/04/2025 ✓                                                                                                               |
| 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:**

|                     |                                                         |                                                                                                         |
|---------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 3 de 6       | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS       | <br>POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019 |                                                         |                                                                                                         |
| Fecha: 12-03-2021   | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA |                                                                                                         |
| Versión: 5          |                                                         |                                                                                                         |

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 evidencian 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      | No. 4591943263 del 18/02/2025 |

### CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CUMPLIO | OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Establecer una categoría diagnóstica para clasificar al paciente de acuerdo al del problema psicológico que presente o patología y diligenciar de manera suficiente y pertinente la historia clínica.                                                                                                                                                                                     | Sí      | Se cumple con el diagnóstico para clasificar al paciente de acuerdo al del problema psicológico según el seguimiento a Indicadores del servicio de consulta externa.                                                                            |
| Observar al paciente en acción, seleccionar, administrar e interpretar pruebas psicológicas para diagnosticar los desórdenes y utiliza diversas técnicas psicológicas (terapia y psicoterapia) con el fin de mejorar la adaptación del individuo.                                                                                                                                         | Sí      | Se administra e interpreta las pruebas psicológicas para el diagnóstico de los desórdenes según el seguimiento a los Indicadores del servicio de consulta externa.                                                                              |
| Utilizar los principios, métodos y conocimientos en los problemas concernientes a las conductas humanas y en la resolución de estos problemas en los campos individuales, familiares, socio-laborales o comunitarios.                                                                                                                                                                     | Sí      | Se utiliza y cumple los métodos y conocimientos en los problemas de los usuarios, según las conductas con el fin de dar soluciones a los problemas, de igual forma se realizan seguimientos a los Indicadores del servicio de consulta externa. |
| Orientar y aconsejar a los pacientes que lo requieran, atendiendo las citas programadas y agendadas, como de aquellas que se presentan como urgencias.                                                                                                                                                                                                                                    | Sí      | Se da Orientación y consejería a los pacientes que requieran el servicio en las citas agendadas y aquellas que son solicitadas por el área de urgencias                                                                                         |
| Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica de acuerdo a lo establecido en la resolución número 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.                                                                                                                                                        | Sí      | Se cumple con la custodia y tenencia de la historia clínica de acuerdo a lo establecido en la resolución número 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. Consulta externa.                          |
| Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo.                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Sí      | Se cumple con la función según seguimiento a Indicadores del servicio de consulta externa.                                                                                                                                                      |
| Aplicar cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.                                                                                                                                                                                | Sí      | Se cumple con la aplicación de los principios y los métodos de investigación psicológicos y el tratamiento de la enfermedad, De igual forma se realiza seguimiento a Indicadores del servicio de consulta externa.                              |
| Desarrollar programas de prevención en el área de la salud mental, a los usuarios de subsistema de salud de la Policía Nacional y sus beneficiarios gestionar ante las diferentes dependencias los trámites administrativos tendientes a responder dudas e inconvenientes generados a los usuarios por la prestación del servicio, para lograr atención médica oportuna, ágil y efectiva. | Sí      | Se realizan programas de prevención en el área de la salud mental ya que mi obligación contractual es solo y exclusivo para atender consultas y apoyar el área de urgencias cuando este lo requiera.                                            |

|                     |                                                         |  |                                                                                                                |
|---------------------|---------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 4 de 6       | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS       |  | <br><b>POLICÍA NACIONAL</b> |
| Código: 2BS-FR-0019 |                                                         |  |                                                                                                                |
| Fecha: 12-03-2021   | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA |  |                                                                                                                |
| Versión: 5          |                                                         |  |                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Informar y orientar a los pacientes o usuarios acerca del portafolio de servicios, así como los procesos y procedimientos establecidos para acceder a los mismos.                                                                                                                                                                                     | Sí | Se realiza la orientación a los pacientes sobre el portafolio de servicios ya que no están dentro de mis funciones.                                                                                                                                                                |
| Incluir datos personales de usuarios, clasificarlos de acuerdo a la novedad en el formato denominado trámite ágil.                                                                                                                                                                                                                                    | Sí | Se cumple este punto de mis obligaciones                                                                                                                                                                                                                                           |
| Escuchar, orientar y registrar peticiones, consultas, sugerencias, quejas y reclamaciones, bien sea personales, escritas o telefónicas, incluyéndolas en el sistema PQRS verificando el correcto diligenciamiento del formato para tal fin.                                                                                                           | Sí | Se cumple este punto de mis obligaciones                                                                                                                                                                                                                                           |
| Apoyar disponibilidad de psicología y establecer la valoración previa y personalizada del paciente y emitir el diagnóstico según el caso, mediante un sistema de riesgo de historia clínica y planear unos objetivos psicoterapéuticos que así lo requieran en los turnos de disponibilidad.                                                          | Sí | Se efectúa y realiza la disponibilidad del servicio de psicología cuando se requiera cumpliendo con el diagnóstico según el caso, mediante un sistema de riesgo de historia clínica y planear unos objetivos psicoterapéuticos.                                                    |
| Realizar acompañamiento a los funcionarios y sus familias en momentos de pérdidas familiares e informarlos en situaciones que afecten su estabilidad emocional.                                                                                                                                                                                       | Sí | Se Realizar acompañamientos a los usuarios de la UPRES en momentos de pérdidas familiares o en situaciones que afecten su estabilidad emocional y se realizan los respectivos seguimientos.                                                                                        |
| Orientar y acompañar a los funcionarios y su familiar en los trámites que involucren los servicios de bienestar social, servicios de salud o logística de movilidad.                                                                                                                                                                                  | Sí | Se cumple este punto de mis obligaciones                                                                                                                                                                                                                                           |
| Aplicar el proceso de archivo teniendo en cuenta la ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo.                                                                                                                                                                                                               | Sí | Se aplicó el proceso de archivo el cual siempre se tienen en cuenta la ley general de archivo.                                                                                                                                                                                     |
| Liderar la oficina de atención al usuario en el ESPAB dando trámite y seguimiento a informidades.                                                                                                                                                                                                                                                     | Sí | Se realiza este punto de mis obligaciones ya que esto es competencia de atención al usuario y esto no está dentro de mis funciones.                                                                                                                                                |
| Realizar capacitación a usuarios y beneficiarios de sanidad sobre derechos y deberes y normatividad vigente realizar informes que sean socializados a la jefatura.                                                                                                                                                                                    | Sí | Se cumple este punto de mis obligaciones                                                                                                                                                                                                                                           |
| Portar el carnet institucional que lo acredite como contratista del área de sanidad en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía Nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual.                                                                                                                     | Sí | Se cumple siempre con el porte del carnet institucional en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía Nacional y en todas mis consultas                                                                                                                            |
| Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por el área de sanidad Boyacá.                                                                                                                                                                                                                                                  | Sí | Asisto a todas las inducciones, capacitaciones y demás actividades que programe por el área de sanidad Boyacá.                                                                                                                                                                     |
| El contratista se obliga a Reportar dentro de los siguientes 5 días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso. | Sí | Se cumple con este punto de mis obligaciones el cual se da siempre el reporte dentro del tiempo que está establecido y dando a conocer los eventos adversos e incidentes presentados en mis consultas de igual forma doy a conocer mi plan de mejora al supervisor de mi contrato. |

**2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA**  
  
 No Aplica

|                     |                                                         |                                                                                                         |
|---------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 5 de 6       | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS       | <br>POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019 |                                                         |                                                                                                         |
| Fecha: 12-03-2021   | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA |                                                                                                         |
| Versión: 5          |                                                         |                                                                                                         |

No Aplica

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido 103 días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando 41 días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

### 4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Policía Nacional realizará los pagos al contratista por el tiempo de ejecución del contrato por 04 MESES Y 24 DÍAS, que se efectuarán 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 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 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 documento y se emita el recibo a satisfacción para 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 diez (10) días a la fecha prevista para el mismo, de igual forma teniendo encuenta la Ordenanza 030 del 25 de octubre del 2005 " POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA LA EMISIÓN DE LA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO DE LA UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA 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 | \$ 17.535.585,60 | 100%                                       |
| Valor total de las entregas                | \$ 12.542.814,70 | 71,53%                                     |
| Valor total facturado                      | \$ 12.542.814,70 | 71,53%                                     |
| Valor facturado pendiente de pago          | \$ 3.653.247,00  | 20,83%                                     |
| Valor pagado                               | \$ 8.889.567,70  | 50,69%                                     |
| Valor pendiente de entrega                 | \$ 4.992.770,90  | 28,47%                                     |

| b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra únicamente del periodo que está informando) |                |                   |                 |             |              |                   |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------|-------------------|-------------------|
| No. de acta o constancia de recibido                                                                                                                                                                                                                            | Valor recibido | Fecha de recibido | Valor Facturado | No. Factura | Valor Pagado | Valor Deducciones | No. orden de pago |

|                     |                |                                                         |                |   |      |                                                                                                         |           |
|---------------------|----------------|---------------------------------------------------------|----------------|---|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Página 6 de 6       |                | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS       |                |   |      | <br>POLICÍA NACIONAL |           |
| Código: 2BS-FR-0019 |                | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA |                |   |      |                                                                                                         |           |
| Fecha: 12-03-2021   |                |                                                         |                |   |      |                                                                                                         |           |
| Versión: 5          |                |                                                         |                |   |      |                                                                                                         |           |
| Cuenta de Cobro 5   | \$3.653.247,00 | del 01/02/2025 al 28/02/2025                            | \$3.653.247,00 | 5 | 0.00 | 0.00                                                                                                    | Pendiente |

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

No Aplica

#### 5. RECOMENDACIONES

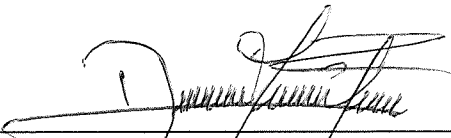
Se sugiere al profesional dejar soportado en el Sistema Integrado de Atención en Salud (SISAP), en el estándar de panel ambulatorio, los procedimientos que realiza de acuerdo a su profesión; dado que la historia clínica (HC) es un documento obligatorio y necesario en el desarrollo de las prácticas de atención sanitarias de personas humanas y tiene diversas funciones que la constituyen como una herramienta fundamental de un buen desarrollo de la práctica médica legal. Además, de esto es un indicador que mide la productividad de funcionario por servicios, que se verifica en la Ficha Técnica de Productividad (FTP SISAP) / REPORTES SISAP/REPORTES de manera mensual, siendo fundamental para soporte del dueño de la necesidad en este caso el Jefe de Establecimiento de sanidad Policial Complementario, para justificar ante plan de necesidades y cargas laborales.

#### 6. CONCLUSIONES

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

|                                                                          |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales | <b>SI X</b> | 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). |
|                                                                          | <b>NO</b>   | 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   
Subintendente **DIANA MARCELA MOLINA FONSECA**  
Almacenista Unidad Prestadora De Salud Boyacá (E)  
Supervisor Contrato No. 95-7-20291-24  
Correo electrónico: deboy.upres-alm@policia.gov.co  
Teléfono: 7458626



|                     |                                                        |                                                                                                        |
|---------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 2 de 4       | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS                    | <br>POLICIA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0045 |                                                        |                                                                                                        |
| Fecha: 12-03-2021   | CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS |                                                                                                        |
| Versión: 3          |                                                        |                                                                                                        |

|                                                                                                  |              |         |                                            |                |                 |                                   |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|--------------------------------------------|----------------|-----------------|-----------------------------------|----------------|
| 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 BOYACÁ | 16      | PSICÓLOGA                                  | \$3.653.247,00 | \$3.653.247,00  | \$0,00                            | \$3.653.247,00 |
| Acta de recepción de bienes                                                                      | No Aplica    |         |                                            |                |                 |                                   |                |

| No. factura                                       | Fecha factura | Valor factura  | Nota crédito o débito | Valor neto     |
|---------------------------------------------------|---------------|----------------|-----------------------|----------------|
| 5                                                 | 01/03/2025    | \$3.653.247,00 | \$0,00                | \$3.653.247,00 |
| <b>Valor total bienes y/o servicios recibidos</b> |               | \$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 PSICÓLOGA de 08 Horas diarias, 44 Horas semanales y 190 Horas mensuales de acuerdo a la tabla de honorarios establecida en la resolución 193 del 14 de mayo del 2024 de la Dirección de Sanidad en el Establecimiento de Sanidad Policial Complementario Tunja, 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. 5 correspondiente al periodo del 01 de febrero del 2025 al 28 de febrero del 2025.

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisora 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   | Establecer una categoría diagnostica para clasificar al paciente de acuerdo al del problema psicológico que presente o patología y diligenciar de manera suficiente y pertinente la historia clínica.                                             | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se cumple con el diagnóstico para clasificar al paciente de acuerdo al del problema psicológico según el seguimiento a Indicadores del servicio de consulta externa.                                                                            |
| 2   | Observar al paciente en acción, seleccionar, administrar e interpretar pruebas psicológicas para diagnosticar los desórdenes y utiliza diversas técnicas psicológicas (terapia y psicoterapia) con el fin de mejorar la adaptación del individuo. | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se administra e interpreta las pruebas psicológicas para el diagnóstico de los desórdenes según el seguimiento a los Indicadores del servicio de consulta externa.                                                                              |
| 3   | Utilizar los principios, métodos y conocimientos en los problemas concernientes a las conductas humanas y en la resolución de estos problemas en los campos individuales, familiares, socio-laborales o comunitarios.                             | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se utiliza y cumple los métodos y conocimientos en los problemas de los usuarios, según las conductas con el fin de dar soluciones a los problemas, de igual forma se realizan seguimientos a los Indicadores del servicio de consulta externa. |
| 4   | Orientar y aconsejar a los pacientes que lo requieran, atendiendo las citas programadas y agendadas, como de aquellas que se presentan como urgencias.                                                                                            | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se da Orientación y consejería a los pacientes que requieran el servicio en las citas agendadas y aquellas que son solicitadas por el área de urgencias                                                                                         |

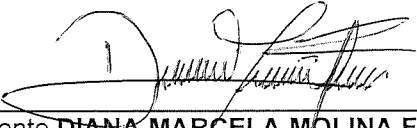
|                     |                                     |                                                                                                         |
|---------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 3 de 4       | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS | <br>POLICIA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0045 |                                     |                                                                                                         |
| Fecha: 12-03-2021   |                                     |                                                                                                         |
| Versión: 3          |                                     |                                                                                                         |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5  | Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica de acuerdo a lo establecido en la resolución número 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.                                                                                                                                                        | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se cumple con la custodia y tenencia de la historia clínica de acuerdo a lo establecido en la resolución número 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. Consulta externa.          |
| 6  | Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo.                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se cumple con la función según seguimiento a Indicadores del servicio de consulta externa.                                                                                                                                      |
| 7  | Aplicar cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.                                                                                                                                                                                | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se cumple con la aplicación de los principios y los métodos de investigación psicológicos y el tratamiento de la enfermedad, De igual forma se realiza seguimiento a Indicadores del servicio de consulta externa.              |
| 8  | Aplicar cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.                                                                                                                                                                                | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se cumple con la aplicación de los principios y los métodos de investigación psicológicos y el tratamiento de la enfermedad, De igual forma se realiza seguimiento a Indicadores del servicio de consulta externa.              |
| 9  | Desarrollar programas de prevención en el área de la salud mental, a los usuarios de subsistema de salud de la Policía Nacional y sus beneficiarios gestionar ante las diferentes dependencias los trámites administrativos tendientes a responder dudas e inconvenientes generados a los usuarios por la prestación del servicio, para lograr atención médica oportuna, ágil y efectiva. | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realizan programas de prevención en el área de la salud mental ya que mi obligación contractual es solo y exclusivo para atender consultas y apoyar el are de urgencias cundo este lo requiera.                              |
| 10 | Informar y orientar a los pacientes o usuarios acerca del portafolio de servicios, así como los procesos y procedimientos establecidos para acceder a los mismos.                                                                                                                                                                                                                         | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realiza la orientación a los pacientes sobre el portafolio de servicios ya que no están dentro de mis funciones.                                                                                                             |
| 11 | Incluir datos personales de usuarios, clasificarlos de acuerdo a la novedad en el formato denominado tramite ágil.                                                                                                                                                                                                                                                                        | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se cumple este punto de mis obligaciones                                                                                                                                                                                        |
| 12 | Escuchar, orientar y registrar peticiones, consultas, sugerencias, quejas y reclamaciones, bien sea personales, escritas o telefónicas, incluyéndolas en el sistema PQRS verificando el correcto diligenciamiento del formato para tal fin.                                                                                                                                               | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se cumple este punto de mis obligaciones                                                                                                                                                                                        |
| 13 | Apoyar disponibilidad de psicología y establecer la valoración previa y personalizada del paciente y emitir el diagnostico según el caso, mediante un sistema de riesgo he historia clínica y planear unos objetivos psicoterapéuticos que así lo requieran en los turnos de disponibilidad.                                                                                              | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se efectúa y realiza la disponibilidad del servicio de psicología cuando se requiera cumpliendo con el diagnostico según el caso, mediante un sistema de riesgo he historia clínica y planear unos objetivos psicoterapéuticos. |
| 14 | Realizar acompañamiento a los funcionarios y sus familias en momentos de perdidas familiares e informarlos en situaciones que afecten su estabilidad emocional.                                                                                                                                                                                                                           | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se Realizar acompañamientos a los usuarios de la UPRES en momentos de perdidas familiares o en situaciones que afecten su estabilidad emocional y se realizan los respectivos seguimientos.                                     |
| 15 | Orientar y acompañar a los funcionarios y su familiar en los trámites que involucren los servicios de bienestar social, servicios de salud o logística de movilidad.                                                                                                                                                                                                                      | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se cumple este punto de mis obligaciones                                                                                                                                                                                        |
| 16 | Aplicar el proceso de archivo teniendo en cuenta la ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo.                                                                                                                                                                                                                                                   | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se aplicó el proceso de archivo el cual siempre se tienen en cuenta la ley general de archivo.                                                                                                                                  |

|                     |                                                        |                                                                                                         |
|---------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 4 de 4       | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS                    | <br>POLICIA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0045 |                                                        |                                                                                                         |
| Fecha: 12-03-2021   | CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS |                                                                                                         |
| Versión: 3          |                                                        |                                                                                                         |

|    |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    |                                                                                                                                                         |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17 | Liderar la oficina de atención al usuario en el ESPAB dando tramite ay seguimiento a informidades.                                                                                                                                | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realiza este punto de mis obligaciones ya que esto es competencia de atención al usuario y esto no está dentro de mis funciones.                     |
| 18 | Realizar capacitación a usuarios y beneficiarios de sanidad sobre derechos y deberes y normatividad vigente realizar informes que sean socializados                                                                               | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se cumple este punto de mis obligaciones                                                                                                                |
| 19 | Portar el carnet institucional que lo acredite como contratista del área de sanidad en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía Nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual. | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se cumple siempre con el porte del carnet institucional en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía Nacional y en todas mis consultas |
| 20 | Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por el rarea de sanidad Boyacá.                                                                                                                             | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Asisto a todas las inducciones, capacitaciones y demás actividades que programe por el rarea de sanidad Boyacá.                                         |
| 21 | Pago aportes parafiscales vigentes                                                                                                                                                                                                | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | No. 4591943263 del 18/02/2025                                                                                                                           |
| 22 | Aporte apoyo ordenanza No. 030                                                                                                                                                                                                    | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | \$37.000,00                                                                                                                                             |

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

Firma   
Subintendente **DIANA MARCELA MOLINA FONSECA**  
Almacenista Unidad Prestadora De Salud Boyacá (E)

CUENTA DE COBRO No. 5

Tunja, 01 de marzo del 2025

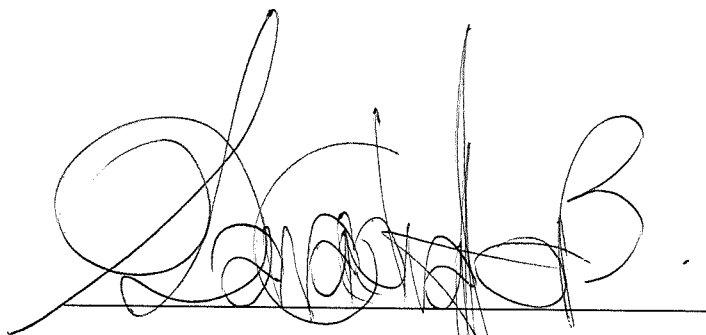
POLICÍA METROPOLITANA DE TUNJA  
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACÁ

DEBE A:

**DIANA CAROLINA NIÑO BLANCO** identificada con Cédula de Ciudadanía No. 33.377.725 Expedida en Tunja (Boyacá), la suma de \$3.653.247,00 por concepto de las actividades desempeñadas del 01 de febrero del 2025 al 28 de febrero del 2025, de acuerdo con el objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **95-2-20291-24** suscrito con La Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá, para prestar mis servicios como PSICÓLOGA.

Favor consignar en la cuenta de ahorros No. 60600026022 del Banco Bancolombia de acuerdo con el contrato estipulado.

Atentamente,



**DIANA CAROLINA NIÑO BLANCO**  
C.C. 33.377.725 Expedida en Tunja  
No. Telefónico: 3114641439  
Email: dicanibla@hotmail.com

Tunja, 01 de marzo del 2025 ✓

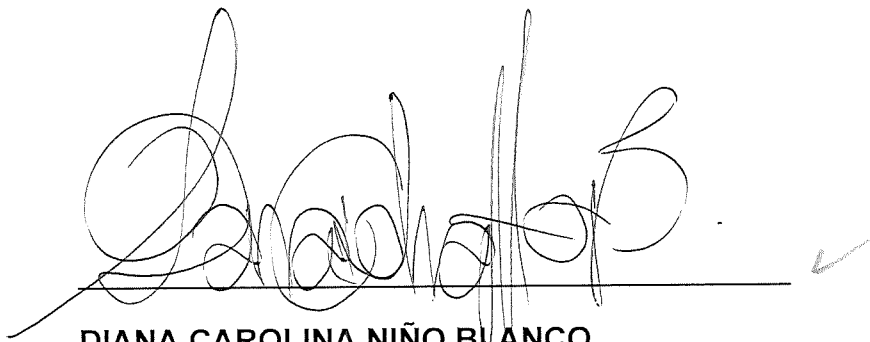
Señores:

Policía Metropolitana de Tunja  
Unidad Prestadora de Salud Boyacá  
Ciudad. -

Respetados señores;

Yo, **DIANA CAROLINA NIÑO BLANCO** identificada con Cédula de Ciudadanía No. 33.377.725 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 la Unidad Prestadora de Salud Boyacá, además mi condición es de **NO DECLARANTE** ✓ del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Diana Niño Blanco', is written over a horizontal line. There is a small checkmark to the right of the signature.

**DIANA CAROLINA NIÑO BLANCO**  
C.C. 33.377.725 Expedida en Tunja  
No. Telefónico: 3114641439  
Email: dicanibla@hotmail.com

Tunja, 01 de marzo del 2025

Señores:

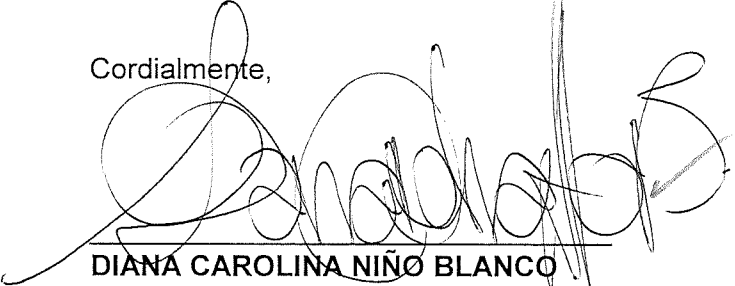
Policia Metropolitana de Tunja  
Unidad Prestadora de Salud Boyacá  
Ciudad. -

Respetados señores;

Yo, **DIANA CAROLINA NIÑO BLANCO** en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía 33.377.725 Expedida en Tunja (Boyacá), 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. **95-2-20291-24** suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá.

| VALOR A COTIZAR                     |              | VALOR COTIZADO SEGÚN<br>LIQUIDACIÓN PLANILLA No.<br>4591943263 |
|-------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------|
| HONORARIOS MENSUALES                | 3.653.247,00 | 3.653.247,00                                                   |
| BASE COTIZACION 40%                 | 1.461.298,80 | 1.461.300,00                                                   |
| APORTE SALUD 12,5%                  | 182.700,00   | 184.100,00                                                     |
| APORTE PENSION 16%                  | 233.800,00   | 235.700,00                                                     |
| <b>APORTE RIESGOS PROFESIONALES</b> |              |                                                                |
| RIESGO II 1,044%                    | 15.300,00    | 0,00                                                           |
| RIESGO III 2,436%                   | 35.600,00    | 35.900,00                                                      |
| RIESGO V 6,960%                     | 101.700,00   | 0,00                                                           |

Cordialmente,

  
**DIANA CAROLINA NIÑO BLANCO**

C.C. 33.377.725 Expedida en Tunja (Boyacá)

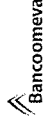
Teléfono 3114641439

Email: [dicanibla@hotmail.com](mailto:dicanibla@hotmail.com)





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL



|                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                              |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                                                                                                             |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA                                                                                               |  |
| CÉDULA DE CIUDADANÍA: 3337775<br>DINIA CAROLINA NINO BLANCO<br>7469194<br>BOYACA<br>INDEPENDIENTE<br>Actividades Reglamentada y no Reglamentada de la 1ra |  | NÚMERO PLANILLA: 4591943263<br>PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: 2025<br>DÍAS DE MORA: 2025/07/18<br>NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2025/07/18 |  |
| CARRERA 1 ESTE 33 34 BLOQUE 10 APTO 501<br>06-40 DEPARTAMENTO DE TUNJA<br>PRIVADA<br>ACTIVIDAD ECONOMICA: UNICO                                           |  | MES: enero AÑO: 2025                                                                                                         |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)                                                           |  | MES: enero AÑO: 2025                                                                                                         |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)                                                                                  |  | NÚMERO PLANILLA: 4591943263<br>PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: 2025<br>DÍAS DE MORA: 2025/07/18<br>NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2025/07/18 |  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                |                |            |           |           |             |     |      |         |
|-------------------------|----------------|----------------|------------|-----------|-----------|-------------|-----|------|---------|
| APORTES VOLUNTARIOS     |                |                |            |           |           |             |     |      |         |
| CÓDIGO                  | ADMINISTRADORA | NO. COTIZANTES | COTIZACIÓN | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | FSP | MORA | TOTALES |
| 25-14                   | COLPENSIONES   | 1              | \$ 233.900 |           |           | \$ 0        |     | \$ 0 |         |
| SUB-TOTALES:            |                |                |            |           |           |             |     |      |         |

| TOTAL APORTES A SALUD |                     |                |                            |                     |          |       |             |          |         |
|-----------------------|---------------------|----------------|----------------------------|---------------------|----------|-------|-------------|----------|---------|
| APORTES VOLUNTARIOS   |                     |                |                            |                     |          |       |             |          |         |
| CÓDIGO                | ADMINISTRADORA      | NO. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | LICENCIA MATERNIDAD | PLANILLA | VALOR | LIQUIDACIÓN | MORA     | TOTALES |
| EP5505                | FR5005-SANITAS S.A. | 1              |                            |                     |          | \$ 0  | \$ 182.700  | \$ 1.400 |         |
| SUB-TOTALES:          |                     |                |                            |                     |          |       |             |          |         |

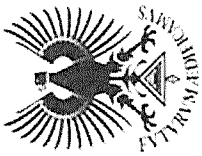
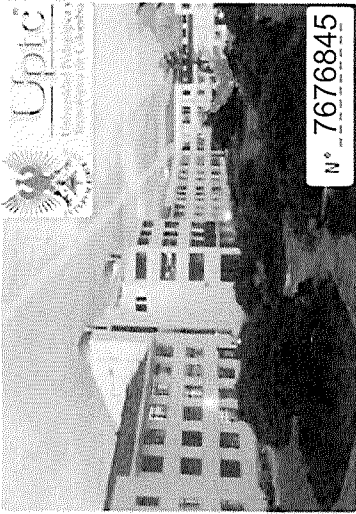
| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                                         |                |                            |                     |          |       |             |        |         |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|----------------------------|---------------------|----------|-------|-------------|--------|---------|
| APORTES VOLUNTARIOS                   |                                         |                |                            |                     |          |       |             |        |         |
| CÓDIGO                                | ADMINISTRADORA                          | NO. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | LICENCIA MATERNIDAD | PLANILLA | VALOR | LIQUIDACIÓN | MORA   | TOTALES |
| 14-23                                 | 14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A. | 1              |                            |                     |          | \$ 0  | \$ 35.600   | \$ 300 |         |
| SUB-TOTALES:                          |                                         |                |                            |                     |          |       |             |        |         |

| TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |                 |                |                            |                     |          |       |             |        |         |
|-----------------------------------------------|-----------------|----------------|----------------------------|---------------------|----------|-------|-------------|--------|---------|
| APORTES VOLUNTARIOS                           |                 |                |                            |                     |          |       |             |        |         |
| CÓDIGO                                        | ADMINISTRADORA  | NO. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | LICENCIA MATERNIDAD | PLANILLA | VALOR | LIQUIDACIÓN | MORA   | TOTALES |
| CCF10                                         | CCF10-COMFAMIDY | 1              |                            |                     |          | \$ 0  | \$ 35.600   | \$ 300 |         |
| SUB-TOTALES:                                  |                 |                |                            |                     |          |       |             |        |         |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |           |                |                            |                     |          |       |             |          |         |
|-------------------------------|-----------|----------------|----------------------------|---------------------|----------|-------|-------------|----------|---------|
| SEGURIDAD SOCIAL              |           |                |                            |                     |          |       |             |          |         |
| APORTES VOLUNTARIOS           |           |                |                            |                     |          |       |             |          |         |
| Nº IDENTIFICACIÓN             | NOVEDADES | NO. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | LICENCIA MATERNIDAD | PLANILLA | VALOR | LIQUIDACIÓN | MORA     | TOTALES |
| 3337775                       |           | 1              |                            |                     |          | \$ 0  | \$ 182.700  | \$ 1.400 |         |
| SUB-TOTALES:                  |           |                |                            |                     |          |       |             |          |         |

TOTAL \$ 485.300



|                                                                                                                  |                                                                                                                                         |                                                                                                             |                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               | <br>Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia | UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA<br>ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC<br>ORDENANZA 030 DE 2005 | ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL<br><b>DE ALTA CALIDAD</b><br>MULTICAMPUS<br>RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS |
| Número Estampilla                                                                                                |                                                                                                                                         | 7676845                                                                                                     |                                                                                                             |
| Contratista:                                                                                                     |                                                                                                                                         | Diana Carolina Niño Blanco                                                                                  |                                                                                                             |
| C.C. / Nit / Identificación Contratista:                                                                         |                                                                                                                                         | 33377725                                                                                                    |                                                                                                             |
| Objeto del Contrato                                                                                              |                                                                                                                                         | Prestación de Servicios Profesionales y de apoyo a la gestión como PSICOLOGA                                |                                                                                                             |
| Contratante:                                                                                                     |                                                                                                                                         | POLMETUN - 900801209 /NIT                                                                                   |                                                                                                             |
|                              | Numero de Contrato:                                                                                                                     | 9522029124                                                                                                  | Vigencia: 2025                                                                                              |
|                                                                                                                  | Base Gravable                                                                                                                           | \$3653247                                                                                                   | Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato \$ 37,000.00                                                     |
|                                                                                                                  | Fecha de Pago:                                                                                                                          | 17/02/2025                                                                                                  |                                                                                                             |
| PBX (57) 8 7405626 / 7436208                                                                                     |                                                                                                                                         | <a href="http://www.uptc.edu.co">www.uptc.edu.co</a> Carrera 6 No. 39-115 Av. Central de Norte Tunja-Boyacá |                                                                                                             |
| En caso de consulta: e-mail <a href="mailto:cartera_estampillas@uptc.edu.co">cartera_estampillas@uptc.edu.co</a> |                                                                                                                                         |                                                                                                             |                                                                                                             |



## COMPROBANTE

|            |               |                 |                      |                             |
|------------|---------------|-----------------|----------------------|-----------------------------|
| NIT        | Medio de Pago | No. Transacción | No. Autorización/CUS | Fecha y Hora                |
| 8918003301 | BANCOLOMBIA   | 125760587       | 1273421518           | 17/02/2025<br>01:47:51-p.m. |

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

Usuario Pagador: **33377725** ✓

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

Dirección IP: **191.156.52.29** ✓

Total Pagado **\$ 37,000.00** ✓

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

|            |               |                 |                      |                             |
|------------|---------------|-----------------|----------------------|-----------------------------|
| NIT        | Medio de Pago | No. Transacción | No. Autorización/CUS | Fecha y Hora                |
| 8918003301 | BANCOLOMBIA   | 125760587       | 1273421518           | 17/02/2025<br>01:47:51-p.m. |

**Tipo de Documento**

C.C

**Nombre Contratista**

Diana Carolina Niño Blanco

**Nombre Contratante**

POLMETUN - 900801209

**Vigencia**

2025

**Numero Identificación Contratista**

33377725

**Numero Identificación Contratante****Numero de Contrato**

9522029124

**Base Gravable**

3653247

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Formulario del Registro Único Tributario          |                                                         | 001                                                                                                                              |                              |
| 2. Concepto 0 2 Actualización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                   |                                                         | 4. Número de formulario 14765185661                                                                                              |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                   |                                                         | <br>(415)7707212489984(8020) 000001476518566 1 |                              |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT)<br>3 3 3 7 7 7 2 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 6. DV<br>1                                        | 12. Dirección seccional<br>Impuestos y Aduanas de Tunja |                                                                                                                                  | 14. Buzón electrónico<br>2 0 |
| IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| 24. Tipo de contribuyente<br>Persona natural o sucesión ilíquida 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 25. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadanía 1 3 |                                                         | 26. Número de Identificación<br>3 3 3 7 7 7 2 5                                                                                  |                              |
| Lugar de expedición 28. País<br>COLOMBIA 1 6 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 29. Departamento<br>Boyacá 1 5                    |                                                         | 30. Ciudad/Municipio<br>Tunja 0 0 1                                                                                              |                              |
| 31. Primer apellido<br>NIÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 32. Segundo apellido<br>BLANCO                    |                                                         | 33. Primer nombre<br>DIANA                                                                                                       |                              |
| 34. Otros nombres<br>CAROLINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| 35. Razón social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| 36. Nombre comercial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| 37. Sigla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| UBICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| 38. País<br>COLOMBIA 1 6 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 39. Departamento<br>Boyacá 1 5                    |                                                         | 40. Ciudad/Municipio<br>Tunja 0 0 1                                                                                              |                              |
| 41. Dirección principal<br>CR 1 ESTE 33 34 BL 10 AP 501                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| 42. Correo electrónico<br>dicanibla@hotmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| 43. Código postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 44. Teléfono 1<br>7 4 0 9 1 9 4                   |                                                         | 45. Teléfono 2<br>3 1 1 4 6 4 1 4 3 9                                                                                            |                              |
| CLASIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| Actividad económica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Ocupación                                         |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| Actividad principal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Actividad secundaria                              |                                                         | Otras actividades                                                                                                                |                              |
| 46. Código<br>8 6 9 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 47. Fecha inicio actividad<br>2 0 1 0 0 7 2 9     |                                                         | 48. Código<br>1 2                                                                                                                |                              |
| 49. Fecha inicio actividad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 50. Código                                        |                                                         | 51. Código<br>3 3 1 1                                                                                                            |                              |
| 52. Número establecimientos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| 53. Código 2 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| 20- Obtención NIT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| Usuarios aduaneros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| Exportadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| 54. Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| 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 NIÑO BLANCO DIANA CAROLINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |
| 985. Cargo CONTRIBUYENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                   |                                                         |                                                                                                                                  |                              |



SI Diana Molina

|                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Página: 1 de 1                                                                                                                                                                                                                                  |  | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS |  |  |  |
| Código: 2BS-FR-0021                                                                                                                                                                                                                             |  | PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS      |  | POLICÍA NACIONAL                                                                   |  |
| Fecha: 12-03-2021                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| Versión: 5                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| Radicado GEPOL No.                                                                                                                                                                                                                              |  | GS-2025-037934-DEBOY                              |  | ventilador número de planilla en informe de supervisión                            |  |
| Grado                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| quien se tramita la cuenta                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| Cargo del funcionario                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| No. SISCO:                                                                                                                                                                                                                                      |  | DEBOY-2024-356                                    |  | TURNO No.                                                                          |  |
| No. CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                   |  | 95-7-20291-24                                     |  | No. REGISTRO QUIPU :                                                               |  |
| VALOR PAGO:                                                                                                                                                                                                                                     |  | \$ 3.653.247,00                                   |  | FECHA DE RECIBIDO :                                                                |  |
| VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :                                                                                                                                                                                                |  |                                                   |  | NUMERO DE RADICADO SIIF:                                                           |  |
| No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO                                                                                                                                                                                                               |  | 5                                                 |  | CONTRATISTA: DIANA CAROLINA NIÑO BLANCO                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                   |  | NIT DEL CONTRATISTA: 33.377.725                                                    |  |
| DOCUMENTOS PARA EL TRAMITE DE CUENTAS                                                                                                                                                                                                           |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| 1. EL CONTRATISTA REALIZO 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 ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO SI _____ NO <u>X</u>                                                                                                                                |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| 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) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> X</span>                                                               |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| 6. FACTURA ORIGINAL: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> N/A</span>                                                                                                                                                            |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| 7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: 4591943263 del 18/02/2025 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> X</span>                                                                                             |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| 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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> X</span>                                                                                                       |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| 10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> X</span>                                                                                                        |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| 11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> N/A</span>                                                                                        |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| 12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> N/A</span>                                                                                                    |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| 13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> N/A</span>                                                                                |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| 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. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> X</span> |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| OBSERVACIONES : NUMERO SIIF NUMERO QUIPU                                                                                                                                                                                                        |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF SI <u>X</u> NO _____                                                                                                                                                   |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| FIRMA _____                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITA LA CUENTA) PT. DERLY PAOLA RÍOS BELTRÁN                                                                                                                                       |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| CARGO Y UNIDAD Contratos UPRES BOYACÁ                                                                                                                                                                                                           |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| 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 _____ REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO. SI _____ NO _____                                                                                                |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                   |  |                                                                                    |  |
| FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____ Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____                                                                                                                                                                 |  |                                                   |  |                                                                                    |  |

