


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

| | |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Radicado GECOP No. | GS-2025 - 109600 - -DEBOY |
| Grado | _____ |
| Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta | _____ |
| Cargo del funcionario | _____ |
| No. SISCO: | DEBOY-2025-144 ✓ |
| No. CONTRATO: | 95-7-20076-25 ✓ |
| VALOR PAGO: | \$ 4.736.160,00 ✓ |
| VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR : | _____ |
| No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO | 2 |

| | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| TURNO No. | _____ |
| No. REGISTRO QUIPU : | _____ |
| FECHA DE RECIBIDO : | _____ |
| NUMERO DE RADICADO SIIF: | _____ |
| CONTRATISTA: | LEIDY YERLAINE SANTOS MOLANO |
| NIT DEL CONTRATISTA: | 1.049.627.506 |

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS D

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|
| 1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO | SI _____ | NO <u>X</u> |
| 2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO | SI _____ | NO <u>X</u> |
| 3. LA CESIÓN DE DERECHOS 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) | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. FACTURA ORIGINAL: | | <input type="checkbox"/> N/A |
| 7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: | <u>No. 9484724056 del 13/05/2025</u> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: | <u>N/A</u> | |
| 8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN): | <u>N/A</u> | |
| 9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. | | <input type="checkbox"/> N/A |
| 12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP | | <input type="checkbox"/> N/A |
| 13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP. | | <input type="checkbox"/> N/A |
| 14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARAGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, | | <input checked="" type="checkbox"/> |

OBSERVACIONES : **NÚMERO SIIF** _____ **NÚMERO QUIPU** _____
 LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF SI X NO _____

FIRMA _____
 POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITA LA CUENTA) **PT. DERLY PAOLA RIOS BELTRAN**
 CARGO Y UNIDAD **ANALISTA DE CONTRATOS UPRES - DEBOY**

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página: 2 de 2 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS |  POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0021 | PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS | |
| Fecha: 12-03-2021 | | |
| Versión: 5 | | |
| 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: _____ | | REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO. SI _____ NO _____ |
| MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____ | | |
| FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____ | Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____ | |

| | | |
|---------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 1 de 7 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS |  POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA | |
| Versión: 5 | | |

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

No. GS-2025 - - DEBOY

Tunja, 01 de Junio del 2025

Señor Coronel
JAVIER GUSTAVO LEMUS PINTO
 Comandante Policía Metropolitana de Tunja.
 Carrera 11 19 - 85 Centro Histórico
 Ciudad

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **95-7-20076-25**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X O FINAL

Periodo del informe de supervisión

| | | | |
|--------------|-------------------|--------------|-------------------|
| Desde | 01/05/2025 | Hasta | 31/05/2025 |
|--------------|-------------------|--------------|-------------------|

P


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-2025-059509-DEBOY** de fecha 20 de Marzo del 2025, el señor Coronel **JAVIER GUSTAVO LEMUS PINTO**, 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 Capitán **JUAN CARLOS CASTRO LOPEZ**

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: MENSUAL**
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: (01)**
Información del contrato.

01. Informe de supervisión del mes de **ABRIL**, periodo comprendido entre el 01/04/2025 al 30/04/2025, mediante comunicación oficial No. **GS-2025-090239-DEBOY**.

| | | |
|--------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 2 de 7 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS |  POLICÍA NACIONAL |
| Código 2BS-FR-0019 | | |
| Fecha 12-03-2021 | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA | |
| Versión 5 | | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contrato No. / Orden de compra No. | 95-7-20076-25 |
| Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra | Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO GENERAL , para la Unidad Prestadora de Salud Boyacá |
| Contratista | LEIDY YERLAINE SANTOS MOLANO |
| Representante legal | NO APLICA |
| Valor inicial del contrato u orden de compra | \$17.050.176,00 |
| Valor adiciones del contrato u orden de compra | \$ 0,00 |
| Valor total del contrato u orden de compra | \$17.050.176,00 |
| Plazo de ejecución inicial | TRES (03) MESES Y DIECIOCHO (18) DIAS |
| Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra | 01-04-2025 |
| Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente) | 18-07-2025 |
| Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es) | NO APLICA |
| Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es) | NO APLICA |
| Adiciones | NO APLICA |
| Modificatorios | NO APLICA |
| Prorrogas | NO APLICA |
| Otros | NO APLICA |

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

1.1 Acciones adelantadas:

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

En atención al objeto contractual, se realizó seguimiento al cumplimiento por parte del contratista mediante verificación al cumplimiento de la macro agenda programada para periodo del presente informe dentro de la cual no se 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 <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | No. 9484724056 del 13/05/2025 ✓ |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DE CARÁCTER TÉCNICO: (transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra) | | |
| Realizar la revisión médica integral conforme al protocolo de selección de incorporación del Talento Humano para la Policía Nacional y según las convocatorias vigentes que adelanta el grupo de Incorporación donde se requiera dentro de su jurisdicción geográfica. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realizó la revisión médica de los aspirantes a cada una de las convocatorias vigentes |
| Estudiar y analizar las historias clínicas y la información suministrada por el aspirante en el expediente, realizar la respectiva consulta en el SISAP para verificar los antecedentes médicos de ajuste o desajustes contemplados en la normatividad vigente. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se revisaron las historias clínicas y la información dada por los aspirantes a cada una de las convocatorias vigentes |
| Leer los resultados de los exámenes clínicos y paraclínicos y especializados de los aspirantes. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | se realizó lectura de resultados de exámenes de laboratorio y valoraciones de especialidades de aspirantes a cada una de las convocatorias vigentes |
| Evaluar condiciones de salud de cada uno de los aspirantes de conformidad con el fundamento legal del acto médico, bajo los parámetros establecidos por la Dirección de Incorporación. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realiza examen físico y se evalúan las condiciones de salud de cada uno de los aspirantes dando concepto o no de aptitud en cada una de las convocatorias |
| Emitir resultados de ajuste o no ajuste al perfil requerido de acuerdo al protocolo de selección. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se emitieron concepto de ajuste y no ajuste al perfil de los aspirantes de las convocatorias a servicio militar, patrulleros de policía y oficiales de policía |
| Darle a conocer al aspirante de aplazamiento y desplazamiento acuerdo a la valoración definiendo la continuidad en el proceso de manera clara y oportuna. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realiza la notificación al aspirante de ajuste o no al perfil de acuerdo a los resultados de la valoración médica |
| Insertar al sistema de formación de Incorporación de manera oportuna los resultados por aspirante de la valoración médica | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realiza la digitación e inserción en el sistema de formación de Incorporación SINCO de cada una de |

Página 4 de 7
 Código: 2BS-FR-0019
 Fecha: 12-03-2021
 Versión: 5

ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS
 INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA



| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| y así mismo suministrar la estadística e informes para establecer los avances en las convocatorias según lo ordenado por DINCO. | | las valoraciones médicas en las diferentes convocatorias |
| Registrar información de los resultados de la valoración de los aspirantes en los formatos correspondientes y en el aplicativo SINCO los cuales deben coincidir. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se registró la información de los resultados de la valoración de los aspirantes de manera manual en los formatos de valoración médica en la carpeta de cada aspirante y de manera digital en el sistema SINCO |
| Elaborar informes de actividades y puntos de control teniendo en cuenta lo establecido en el protocolo para la valoración. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se elaboró de manera trimestral el informe con los puntos de control 2.1 y 2.4 indicados para la valoración médica |
| Cumplir con la macro agenda estipulada en el contrato. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realizó la totalidad de la valoración médica de los aspirantes enlistados en la macro agenda |
| Tener presente siempre la buena presentación personal, el trato adecuado a los aspirantes y compañeros de trabajo | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realizan las labores siempre con buena presentación personal, con trato adecuado a los aspirantes y compañeros de trabajo |
| Tener presente la ética profesional en cuanto a comportamiento y manejo de la información. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Todos los procedimientos se realizan con ética profesional en cuanto a comportamiento y manejo de la información. |
| Realizar valoración psicofísica a los aspirantes a ingreso a la Policía Nacional en las convocatorias de oficial y patrulleros | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realiza la valoración psicofísica a los aspirantes a ingreso a la Policía Nacional la cual se realiza de manera escrita en el formato correspondiente y en el sistema SINCO |
| Practicar exámenes de medicina general, diagnósticos y prescribir el tratamiento que deba seguirse | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realizó la solicitud de exámenes y seguimiento de acuerdo al protocolo de selección del grupo de incorporación en cada una de las convocatorias |
| Realizar gestión documental del proceso de selección teniendo en cuenta la ley general de archivo y las directrices establecidas por la institución para la organización de los expedientes | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realizó adecuado manejo de las carpetas de cada uno de los aspirantes, así como entrega de estas al personal encargado debidamente ordenadas y foliadas para su archivo |
| Realizar el registro cronológico de las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados, diligenciando la historia clínica del paciente de manera completa y elaborar epicrisis cuando se requieran, aplicando los derechos de los pacientes | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realizó el registro del estado de salud de los aspirantes de cada una de las convocatorias diligenciando las correspondientes carpetas |
| Practicar exámenes de medicina general, diagnósticos y prescribir el tratamiento que deba seguirse | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realizó la revisión y solicitud de paraclínicos así y junto con estos el diagnóstico de cada uno de los aspirantes a policía dentro del |



| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | protocolo de selección de la dirección de incorporación. |
| Asegurar la prestación de los servicios de salud de conformidad con los lineamientos que determine el modelo de atención en salud para el subsistema de salud de la Policía Nacional | SI <input checked="" type="checkbox"/> No __ | Se prestó el servicio de salud de acuerdo a los lineamientos establecidos |
| Participar en los programas de promoción, educación y prevención de las enfermedades de la comunidad | SI <input checked="" type="checkbox"/> No __ | Se participó en cada actividad de pyp programadas. |
| Aplicar las guías de manejo, protocolos, manuales de procesos y procedimientos en todas las actividades de atención del paciente conforme a los lineamientos de la Dirección de Sanidad | SI <input checked="" type="checkbox"/> No __ | Se aplicó el protocolo del proceso de selección de incorporación del Talento Humano para la Policía Nacional en cada una de las convocatorias abiertas |
| Seguir los estándares, normal y niveles de calidad establecidos con relación a la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente | SI <input checked="" type="checkbox"/> No __ | Se siguen los estándares, normas y niveles de calidad establecidos con relación a la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente de acuerdo al protocolo de atención de DINCO |
| Realizar el reporte de eventos versos y reacción adversa a medicamentos que se presenten durante la prestación del servicio de salud | SI <input checked="" type="checkbox"/> No __ | No se presentaron eventos o reacciones adversas de medicamentos durante la prestación del servicio. |
| Cumplir con los lineamientos definidos a la custodia y tenencia de la historia clínica, de acuerdo a lo establecido en la Resolución No 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No __ | Se cumplió con la adecuada custodia de la historia clínica de los aspirantes a policía valorados de acuerdo a las normales establecidas |
| 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 | SI <input checked="" type="checkbox"/> No __ | Se realiza el proceso de archivo teniendo en cuenta la ley general de archivo de las carpetas con documentación de los aspirantes, se realiza correcta foliación de estas, rotulación y entrega al personal de archivo |
| Portar el carnet de la institución que lo identifique 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 | SI <input checked="" type="checkbox"/> No __ | Se cumple con el porte del carnet de la institución diariamente |
| Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por el área de Sanidad Boyacá | SI <input checked="" type="checkbox"/> No __ | Se asistió a capacitación mediante videoconferencia indicada por coordinación médica DINCO Bogotá |
| El contratista se compromete a dar cumplimiento en lo pactado en la macro agenda de forma mensual con el fin de no incurrir en incumplimientos y alteraciones en la nacionalidad de la unidad prestadora de salud Boyacá | SI <input checked="" type="checkbox"/> No __ | Se cumplió con la macro agenda estipulada en el contrato de forma mensual. |



| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>El contratista se obliga a reporta 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 "dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-0006 reporte de incidentes y eventos adversos</p> | <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> | <p>No se presentaron eventos adversos e incidentes en el mes de ejecución del contrato</p> |
| <p>Cumplir con las obligaciones en cumplimiento al artículo 2.2.4.2.216 del decreto 1072 de 2015</p> | <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> | <p>se cumplió con cada una de las funciones del artículo 2.2.4.2.216 del decreto 1072 de 2015</p> |

2.1. NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Sin Novedades.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (60) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando 48 días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Policía Nacional realizara los pagos al contratista por el tiempo de ejecución del contrato por **TRES (03) MESES Y DIECIOCHO (18) DIAS** 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 **CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CIENTO SESENTA PESOS MCTE (\$4.736.160,00)**. 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 servicio profesionales y de apoyo a la gestión de la Dirección de Sanidad" los pagos se harán en la cuenta que se indica en el numeral 7 del presente contrato. los cuales se efectuarán una vez se perfeccione el presente documento y se emita el recibo a satisfacción para cada uno de ellos, por parte del supervisor del contrato. Para efectos del pago. **EL CONTRATISTA** deberá presentar los documentos correspondientes, con una antelación no inferior a diez (10) días a la fecha prevista para el mismo, de igual forma teniendo en cuenta la Ordenanza 030 del 25 de octubre del 2005 "POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA LA EMISIÓN DE LA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO DE LA UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA" el comunicado 035 del 26 de agosto del 2022 "POR MEDIO DE LA CUAL SE DAN ORIENTACIONES PARA LA LIQUIDACIÓN 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 corresponde 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 | \$17.050.176,00 ✓ | 100,00% |
| Valor total de las entregas | \$9.472.320,00 ✓ | 55,56% |
| Valor total facturado | \$9.472.320,00 ✓ | 55,56% |
| Valor facturado pendiente de pago | \$4.736.160,00 ✓ | 27,78% |
| Valor pagado | \$4.736.160,00 ✓ | 27,78% |
| Valor pendiente de entrega | \$7.577.856,00 ✓ | 44,44% |

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 |
|--------------------------------------|------------------|-------------------------------------|------------------|-------------|--------------|-------------------|-------------------|
| CUENTA DE COBRO No. 02 ✓ | \$4.736.160,00 ✓ | del 01/05/2025 ✓ al 31/05/2025 ✓ | \$4.736.160,00 ✓ | 02 ✓ | 0 | 0 | pendiente |

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

No Aplica

5. RECOMENDACIONES

Ninguna


6. CONCLUSIONES

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


| | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales | SI <u>X</u> | Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros). |
| | NO ___ | En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas. |

Atentamente,


 Capitán. JUAN CARLOS CASTRO LOPEZ
 Jefe Grupo Incorporación Boyacá
 Supervisor Contrato No. 95-7-20076-25 ✓
 Correo electrónico: juan.castro4401@correo.policia.gov.co
 No. Celular: 321-4313407

| | | |
|---------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 1 de 5 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS |  POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0045 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | |
| Versión: 3 | | |

| Ciudad y fecha: | Tunja, 01 de Junio del 2025 ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------|----------------------------|-----------------|--|------------------|--|-------------------------|--|-------------------------------------|----------|-------------------------|--|------------------------|--|------------------------------|--|
| Unidad: | Policía Metropolitana de Tunja-Unidad Prestadora de Salud Boyacá | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de contrato | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de contrato</th> <th>Marque el tipo de contrato</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Orden de compra</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de obra</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de consultoría</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de prestación de servicios</td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td>Contrato de compraventa</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de suministro</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato interadministrativo</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | Tipo de contrato | Marque el tipo de contrato | Orden de compra | | Contrato de obra | | Contrato de consultoría | | Contrato de prestación de servicios | X | Contrato de compraventa | | Contrato de suministro | | Contrato interadministrativo | |
| | Tipo de contrato | Marque el tipo de contrato | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Orden de compra | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Contrato de obra | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Contrato de consultoría | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Contrato de prestación de servicios | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Contrato de compraventa | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Contrato de suministro | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contrato interadministrativo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 95-7-20076-25 ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Constancia de recibido No. | 2 ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contratista: | LEIDY YERLAINE SANTOS MOLANO ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIT del contratista: | 1.049.627.506 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión como MÉDICO GENERAL, para la Unidad Prestadora de Salud Boyacá ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | NO APLICA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | \$17.050.176,00 ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Plazo de ejecución: | Del 01/04/2025 al 18/07/2025 ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | No Aplica | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lugar de ejecución y/o entrega | Dirección de Incorporación, Calle 23 # 8-57 Barrio Centro Histórico Parque Pinzón Tunja -Unidad Prestadora de Salud Boyacá | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI NO X | NO APLICA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | Capitán JUAN CARLOS CASTRO LOPEZ Jefe Grupo Incorporación Boyacá | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 2 de 5 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS  POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0045 | |
| Fecha: 12-03-2021 | |
| Versión: 3 | |
| CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|--------------------------------------------|----------------|-----------------|---------------------------------|----------------|
| Fecha de entrega certificada: | 01/05/2025 al 31/05/2025 | | | | | | |
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025 | Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar | Valor a pagar |
| | UPRES BOYACA | 16 | MÉDICO GENERAL | \$4.736.160,00 | \$4.736.160,00 | \$0 | \$4.736.160,00 |
| Acta de recepción de bienes | No Aplica | | | | | | |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|--------------------------------------------|---------------|----------------|-----------------------|----------------|
| 2 | 01/06/2025 | \$4.736.160,00 | \$0,00 | \$4.736.160,00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | \$4.736.160,00 | \$0,00 | \$4.736.160,00 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como **MÉDICO GENERAL** para el Grupo de Incorporación Boyacá de 06 horas diarias, de 33 horas semanales y 143 horas mensuales acuerdo a la tabla de honorarios establecidos en la Resolución 193 del 14 de Mayo del 2024 de la Dirección de Sanidad en el establecimiento de sanidad primario en la Clínica Tunja, al cual el contratista ha dado cumplimiento dentro de las especificaciones y parámetros que establece el mismo contrato, por lo cual a continuación se informa las actividades realizadas durante el periodo certificado.

Informe de Actividades Mensual: los servicios se prestaron dentro del plazo de ejecución, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, avala el pago de la cuenta de cobro No. 02 de fecha 01 de Mayo hasta el 31 de Mayo del 2025.

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

| No. | OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | CUMPLIO | OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Realizar la revisión médica integral conforme al protocolo de selección de incorporación del Talento Humano para la Policía Nacional y según las convocatorias vigentes que adelanta el grupo de Incorporación donde se requiera dentro de su jurisdicción geográfica. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realizó la revisión médica de los aspirantes a cada una de las convocatorias vigentes |
| 2 | Evaluar condiciones de salud de cada uno de los aspirantes de conformidad con el fundamento legal del acto médico, bajo los parámetros establecidos por la Dirección de Incorporación. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realiza examen físico y se evalúan las condiciones de salud de cada uno de los aspirantes dando concepto o no de aptitud en cada una de las convocatorias |
| 3 | Emitir resultados de ajuste o no ajuste al perfil requerido de acuerdo al protocolo de selección. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se emitieron concepto de ajuste y no ajuste al perfil de los aspirantes a cada una de las convocatorias vigentes |



| | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 | Notificar al aspirante los resultados de acuerdo a la valoración definiendo la continuidad en el proceso de manera clara y oportuna | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realiza la notificación al aspirante de ajuste o no al perfil de acuerdo a los resultados de la valoración médica |
| 5 | Registrar información de los resultados de la valoración de los aspirantes en los formatos correspondientes y en el aplicativo SINCO los cuales deben coincidir. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se registró la información de los resultados de la valoración de los aspirantes de manera manual en los formatos de valoración médica en la carpeta de cada aspirante y de manera digital en el sistema SINCO |
| 6 | 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 | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realiza el proceso de archivo teniendo en cuenta la ley general de archivo de las carpetas con documentación de los aspirantes, se realiza correcta foliación de estas, rotulación y entrega al personal de archivo |
| 7 | Insertar al sistema de formación de Incorporación de manera oportuna los resultados por aspirante de la valoración médica y así mismo suministrar la estadística e informes para establecer los avances en las convocatorias según lo ordenado por DINCO. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realiza la digitación e inserción en el sistema de formación de Incorporación SINCO de cada una de las valoraciones médicas en las diferentes convocatorias |
| 8 | Diligenciar de forma adecuada los formatos establecidos dentro del expediente de cada aspirante, información que debe ser coherente con el SINCO | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se diligenciaron los formatos de las carpetas de cada uno de los aspirantes en las diferentes convocatorias |
| 9 | Realizar plan de selección de personal de acuerdo a perfiles requeridos y definir cronograma para dar cumplimiento a requerimientos establecidos por las unidades | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realizó el plan de selección del personal de acuerdo al protocolo de selección del Talento Humano en cada una de las convocatorias de la Dirección de Incorporación |
| 10 | Elaborar informes de actividades y puntos de control teniendo en cuenta lo establecido en el protocolo para la valoración. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se elaboró de manera trimestral el informe con los puntos de control 2.1 y 2.4 indicados para la valoración médica |
| 11 | Cumplir con horarios y horas establecidas en el contrato | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se cumplió con la macro agenda mensual acordada |
| 12 | Tener presente siempre la buena presentación personal, el trato adecuado a los aspirantes y compañeros de trabajo | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realizan las labores siempre con buena presentación personal, con trato adecuado a los aspirantes y compañeros de trabajo |
| 13 | Tener presente la ética profesional en cuanto a comportamiento y manejo de la información. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Todos los procedimientos se realizan con ética profesional en cuanto a comportamiento y manejo de la información. |
| 14 | Planear, organizar, integrar, dirigir, controlar y ajustar las actividades del servicio de las condiciones médicas y físicas de cada uno de | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realizaron los ajustes necesarios para realizar las actividades correspondientes a la valoración médica |


CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS

| | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | los aspirantes de conformidad con el fundamento legal | | |
| 15 | Implementar los modelos técnicos necesarios para el adecuado desarrollo de los programas del servicio de las condiciones médicas y físicas de la población potencial de su área y su cargo | SI <u>X</u> No__ | Se implementaron los modelos para el desarrollo adecuado de la valoración medica |
| 16 | Coordinar la unificación de criterios y la compatibilización de los programas del área medica | SI <u>X</u> No__ | Se coordinaron los criterios de la valoración medica |
| 17 | Participar en la evaluación del impacto de la prestación de los servicios de salud de las condiciones médicas y físicas de la población potencial de su área y su cargo | SI <u>X</u> No__ | Se realizo la evaluación del impacto de la prestación de los servicios de salud de los aspirantes en las diferentes convocatorias |
| 18 | Participar en las actividades educativas de coordinación y control docente asistencial de su área. | SI <u>X</u> No__ | Se participo en cada una de las actividades académicas programadas en la dirección de incorporación |
| 19 | Participar en actividades educativas de salud a nivel intramural y extramural | SI <u>X</u> No__ | Se participo en las actividades educativas de salud a nivel intramural y extramural |
| 20 | Participar en la dotación del servicio de atención medica | SI <u>X</u> No__ | Se realizo la valoración de los aspirantes con los insumos médicos necesarios |
| 21 | Llevar los registros en la historia clínica del paciente de forma completa, suficiente y oportuna | SI <u>X</u> No__ | Se llevo de manera adecuada el registro e historial clínico de cada unos de los aspirantes |
| 22 | Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de historia clínica | SI <u>X</u> No__ | Se cumplió con la adecuada custodia de la historia clínica de los aspirantes a policía valorados de acuerdo a las normales establecidas |
| 23 | Aplicando el proceso de archivo teniendo en cuenta la ley general de archivo de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo | SI <u>X</u> No__ | Se manejo la documentación de acuerdo a la ley general de archivo |
| 24 | Portar el carnet de la institución que lo identifique 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 | SI <u>X</u> No__ | Se cumple con el porte del carnet de la institución diariamente |
| 25 | Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por el área de Sanidad Boyacá | SI <u>X</u> No__ | Se asistió a capacitación mediante videoconferencia indicada por coordinación médica DINCO Bogotá |
| 26 | Mantener la confidencialidad e integridad de la información institucional | SI <u>X</u> No__ | Se mantuvo bajo total confidencialidad la información institucional suministrada |
| 27 | Clausula de confidencialidad: las partes acuerdan que cualquier información intercambiada. Facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual será mantenida en estricta confidencialidad | SI <u>X</u> No__ | Se cumplió a cabalidad la clausula de confidencialidad |



| | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28 | Cumplimiento de la normatividad: el contratista acatará los lineamientos del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se cumplió a cabalidad la normatividad establecida |
| 29 | Las demás que le sean asignadas por el supervisor y/o jefe de la unidad prestadora de salud Boyacá y que tengan relación con la naturaleza del objeto contractual | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se cumplieron cada una de las funciones asignadas por el supervisor de contrato |
| 30 | Horas de prestación del servicio seis (6) horas diarias, treinta y tres (33) horas semanales y ciento cuarenta y tres (143) horas mensuales. | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se realizó la totalidad de la valoración médica de los aspirantes enlistados en la macro agenda |
| 31 | Cumplir con las obligaciones en cumplimiento al artículo 2.2.4.2.216 del decreto 1072 de 2015 | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | se cumplió con cada una de las funciones del artículo 2.2.4.2.216 del decreto 1072 de 2015 |
| 32 | Pago aportes parafiscales vigentes | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | No. 9484724056 del 13/05/2025 ✓ |
| 33 | Aporte apoyo ordenanza No. 030 | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Estampillas \$47.361.00 ✓ |

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.


 Capitán JUAN CARLOS CASTRO LOPEZ
 jefe Grupo de Incorporación Boyacá

CUENTA DE COBRO No. 02 ✓

Tunja, 01 de Junio del 2025 ✓

POLICÍA METROPOLITANA DE TUNJA
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACÁ

DEBE A:

LEIDY YERLAINE SANTOS MOLANO identificada Cédula de Ciudadanía No. 1.049.627.506 ✓ Expedida en Tunja, la suma de \$4.736.160,00 ✓ por concepto de las actividades desempeñadas desde el 01 de Mayo al 31 de Mayo del año 2025, ✓ de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 95-7-20076-25 ✓ suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá para prestar mis servicios como **MÉDICO GENERAL** ✓

Favor consignar en la cuenta de ahorros No. 336236096 del Banco de Bogotá de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,



LEIDY YERLAINE SANTOS MOLANO
C.C. 1.049.627.506 Expedida en Tunja
No. Telefónico 320 - 3836237
Email: leidyy.santosm@correo.policia.gov.co

Tunja, 01 de Junio del 2025 ✓

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

Respetados señores;

Yo, **LEIDY YERLAINE SANTOS MOLANO** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.049.627.506 Expedida en Tunja, para los efectos previstos en la Ley 1819 de 2016 y 1943 de 2018 y en el Decreto reglamentario 3032 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como; empleado, según el Artículo 241 y 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en el Unidad Prestadora de Salud Boyacá, además mi condición es de **DECLARANTE** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,



LEIDY YERLAINE SANTOS MOLANO
C.C. 1 049 627.506 Expedida en Tunja
Teléfono: 320 - 3836237
Email: leidyy.santosm@correo.policia.gov.co

Tunja, 01 de Junio del 2025 /

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

Respetados señores;

Yo, **LEIDY YERLAINE SANTOS MOLANO** en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía 1.049.627.506 Expedida en Tunja (Boyaca), para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1° del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos profesionales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (Salud 12,5%, Pensión 16% y riesgos profesionales para riesgo II el 1,044%, riesgo III el 2,436%, riesgo V 6,960%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, correspondientes a los ingresos provenientes del contrato No. **95-7-20076-25** suscrito con la Policia Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá.

| VALOR A COTIZAR | | VALOR COTIZADO SEGUN LIQUIDACIÓN PLANILLA No. 9484724056 |
|-------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------|
| HONORARIOS MENSUALES | 4.736.160,00 | 4.736.160,00 ✓ |
| BASE COTIZACION 40% | 1.894.464,00 | 1.894.464,00 ✓ |
| APORTE SALUD 12,5% | 236.800,00 | 238.200,00 ✓ |
| APORTE PENSION 16% | 303.100,00 | 304.800,00 ✓ |
| APORTE RIESGOS PROFESIONALES | | |
| RIESGO II 1,044% | 19.800,00 | 0,00 |
| RIESGO III 2,436% | 46.100,00 | 46.500,00 ✓ |
| RIESGO V 6,960% | 131.900,00 | 0,00 |

Cordialmente,


LEIDY YERLAINE SANTOS MOLANO
1.049.627.506 Expedida en Tunja (Boyaca)
No. Telefónico 320 - 3836237
Email: leidy.santosm@correo.policia.gov.co

Resumen General de Pago

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|----------------------------|--|-----------------|--|--------------------|--|-------------------|--|---------------------|--|-----------|--|------------------------|--|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | Razon Social | | Clave Aportante | | Sucursal Principal | | Direccion | | Ciudad/Departamento | | Teléfono | | Exonerado SENIA / LICB | |
| C.C. IDENTIFICACION | | SANTOS MOLANO LEON VERLANE | | INDEPENDIENTE | | PRINCIPAL | | CALLEDA 8 N 74 23 | | TUNJA-BOTACA | | 6977779 | | NO | |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | Clave | | Tipo | | Fecha | | Banco | | Pago | | Dias Mora | | Valor | |
| Pension | | 54847-4056 | | I | | 2025/05/03 | | BANCO DE BOGOTA | | 2025/05/11 | | 0 | | \$589,500 | |

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| No. | Identificacion | Nombres | EMPLEADO | | | PENSION | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | | PARAFISCALES | | |
|----------------------------|-------------------|-------------|----------|------|-------------|-----------|--------|-------------|-----------|--------|--------|------|-----|--------|---------|-------------|----------|--------------|------|-----|
| | | | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC |
| 1 | CC IDENTIFICACION | SANTOS LEON | 230301 | 30 | \$1,894,464 | \$303,200 | 30 | \$1,894,464 | \$236,900 | 0 | 0 | \$0 | 50 | 14-23 | 30 | \$1,894,464 | \$46,200 | 0 | 50 | \$0 |
| Total Afiliados(1) | | | | | \$1,894,464 | \$303,200 | | \$1,894,464 | \$236,900 | | | \$0 | 50 | | | \$1,894,464 | \$46,200 | | 50 | \$0 |

RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$303,200 | \$1,600 | \$0 | \$304,800 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | \$303,200 | \$1,600 | \$0 | \$304,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$46,200 | \$300 | \$0 | \$46,500 |
| POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | \$46,200 | \$300 | \$0 | \$46,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$236,900 | \$1,300 | \$0 | \$238,200 |
| SANTITAS | EP5005 | 800,251,440 | 6 | 1 | \$236,900 | \$1,300 | \$0 | \$238,200 |
| TOTAL | | | | 1 | \$586,200 | \$3,200 | \$0 | \$589,500 |

COMPROBANTE

| | | | | |
|------------|---------------|-----------------|----------------------|-----------------------------|
| NIT | Medio de Pago | No. Transacción | No. Autorización/CUS | Fecha y Hora |
| 8918003301 | BANCOLOMBIA | 131621143 | 1483859363 | 15/05/2025 03:44:17-p.m. |

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

Usuario Pagador: **1049627506**

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

Dirección IP: **181.54.115.217**

Total Pagado **\$ 47,361.00** ✓

| Descripción | Cantidad | Valor Pagado | Valor Servicio |
|-----------------------------|----------|--------------|-------------------|
| 100000194 - Estampilla Pro- | 1 | \$ 47,361.00 | COP\$ 47,361.00 ✓ |

| NIT | Medio de Pago | No. Transacción | No. Autorización/CUS | Fecha y Hora |
|------------|---------------|-----------------|----------------------|-----------------------------|
| 8918003301 | BANCOLOMBIA | 131621143 | 1483859363 | 15/05/2025 03:44:17-p.m. |

Tipo de Documento

C.C

Numero Identificación Contratista

1049627506

Nombre Contratista

LEIDY YERLAINE SANTOS MOLANO

Numero Identificación Contratante**Nombre Contratante**

POLMETUN - 900801209

Numero de Contrato

9572007625

Vigencia

2025

Base Gravable

4736160

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
|  <p>Uptc Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia</p> | <p>UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA</p> <p>ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC ORDENANZA 030 DE 2005</p> | | <p>ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD MULTICAMPUS</p> <p>RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS</p> | |
| Número Estampilla | | 7713218 | | |
| Contratista: | LEIDY YERLAINE SANTOS MOLANO ✓ | | | |
| C.C. / Nit / Identificación Contratista: | 1049627506 ✓ | | | |
| Objeto del Contrato | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO MEDICO GENERAL PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA GRUPO DE INCORPORACION BOYACA | | | |
| Contratante: | POLMETUN - 900801209 /NIT | | | |
|  <p>N° 7713218</p> | Numero de Contrato: | 9572007625 ✓ | Vigencia: | 2025 ✓ |
| | Base Gravable | \$4736160 ✓ | Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato | \$ 47,361.00 ✓ |
| | Fecha de Pago: | 15/05/2025 ✓ | | |
| <p>PBX (57) 8 7405626 / 7436208 www.uptc.edu.co Carrera 6 No. 39-115 Av. Central de Norte Tunja-Boyacá</p> <p>En caso de consulta e-mail cartera_estampillas@uptc.edu.co</p> | | | | |