SI Bulla

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

Radicado GECOP No.	GS-2025- 133888-DEBOY		
Grado			
Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta			
Cargo del funcionario			
		TURNO No.	
No. SISCO:	DEBOY-2025-148	No. REGISTRO QUIPU :	
No. CONTRATO:	95-7-20120-25	FECHA DE RECIBIDO :	
VALOR PAGO:	$ 2.230.800,30	NUMERO DE RADICADO SIIF:	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :		CONTRATISTA:	LINA MARIANA PINZON HERRERA
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	3	NIT DEL CONTRATISTA:	1.116.865.777

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO	SI _____	NO ____X____
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO	SI _____	NO ____X____
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO	SI _____	NO ____X____

ENDOSADA A: N/A CUENTA BANCARIA: N/A

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP)		
5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL)		✓
6. FACTURA ORIGINAL:		N/A
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA:	No. 4608192618 del 17/06/2025	✓
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		✓
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP		✓
11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA.		N/A
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP		N/A
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP.		N/A
14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTICULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009,		✓

OBSERVACIONES: _____ NUMERO SIIF: _____ NUMERO QUIPU: _____

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF SI X NO ____ Cuenta de Ahorros No. 914440938

FIRMA

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITA LA CUENTA)

CARGO Y UNIDAD

PT. DERLY PAOLA RIOS BELTRAN
CONTRATOS UPRES DEBOY

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

ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____ FIRMA _____

SI_____ **NO**_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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

No. GS-2025- 136184 -DEBOY-20.1

Tunja, 28 de junio del 2025

Señor Teniente Coronel
CARLOS ANDRES CARDENAS AYALA
Comandante Policía Metropolitana de Tunja (E)
Carrera 11 No. 19 - 85 Centro Histórico
Tunja.-

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato u orden de compra No 95-7-20120-25

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X **O FINAL** _____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/06/2025**	**Hasta**	**27/06/2025**

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-2025-084497-DEBOY, el señor coronel, JAVIER GUSTAVO LEMUS PINTO, obrando en calidad de Comandante Metropolitana de Tunja, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto a la Señora Subteniente CINDY PAOLA SOTELO HOYOS, Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Complementario Tunja.

Mediante Acta electrónica No. AE-2025-054077-DEBOY/UPRES – 2.19 del 09/06/2025, la señora subteniente CINDY PAOLA SOTELO HOYOS, Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Complementario Tunja, hace la entrega de la supervisión de la profesional, por Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión, según comunicado oficial GS-2025-113303-DEBOY de fecha 29 de mayo del 2025; al señor subintendente JHON FREDY BULLA MARIÑO Responsable Asignación Citas Médicas UPRES DEBOY.

Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: MENSUAL X

No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: DOS (02)

1. Informe de supervisión del mes de abril del periodo comprendido entre el 28/04/2025 al 30/04/2025, presentado mediante comunicación oficial electrónica No. GS-2025-091596-DEBOY del 01/05/2025.

2. Informe de supervisión del mes de mayo del periodo comprendido entre el 01/05/2025 al 31/05/2025, presentado mediante comunicación oficial electrónica No. GS-2025-116101-DEBOY del 01/06/2025.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO.

Contrato No. / Orden de compra No.	95-7-20120-25
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión como Técnico Auxiliar de Enfermería para la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá
Contratista	LINA MARIANA PINZON HERRERA
Representante legal	No Aplica
Valor inicial del contrato u orden de compra	$11.897.601,60
Valor adiciones del contrato u orden de compra	No Aplica
Valor total del contrato u orden de compra	$11.897.601,60
Plazo de ejecución inicial	CUATRO (04) MESES Y VEINTICUATRO (24) DÍAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	28/04/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	21/09/2025
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:

El supervisor del contrato desarrollo los seguimientos a las actividades adelantadas por el profesional en beneficio de nuestros usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía Nacional.

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. 4608192618 del 17/06/2025

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	CUMPLIO	OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS
Cumplir con horario programado y asignación dada	SI	Se presenta macro agenda mensual
Ejecutar los protocolos, procesos y guías de manejo del departamento de enfermería dando cumplimiento a los estándares establecidos	SI	Se asiste a capacitación mensual del servicio
Se realza entrega de turno de enfermería de pacientes en hospitalización y observación	SI	Se realiza registro de entrega de turno libro
Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población.	SI	Se realiza de forma continua y permanente la vigilancia epidemiológica, realizando el debido reporte
Cumplir con las normas del sistema de seguridad en el trabajo	SI	Se utilizan los elementos de bioseguridad, y se registra en carpeta de EPP
Realizar el aseo y desinfección de los elementos propios del desempeño de su función según los cronogramas de desinfección y los protocolos establecidos por el comité de infecciones y enfermería	SI	Se diligencia las respectivas planillas, ya sea semanal o mensual
Proporcionar cuidados generales al paciente como son cambio de ropa de cama, baño del paciente, asistencia de alimentación, educación al paciente y familia en el autocuidado.	SI	Cambio de ropa de la unidad o cual el paciente lo requiera, asistencia en la alimentación,
Ejecutar tratamientos de enfermería responsables interactuando de forma permanente con el paciente y familia	SI	Se cumple las ordenes medicas según tratamiento ordenado. se registra en el sistema
Educar al paciente en autocuidado, hábitos de vida saludable y prevención de la enfermedad.	SI	Se realiza mediante charlas,
Garantizar los insumos en el servicio para la prestación adecuada a los pacientes	SI	Se mantiene el servicio dotado de insumo para la prestación del servicio.
Seguir los estándares, normas y niveles de calidad establecidos con relación a la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente.	SI	Se aplica normas establecidas para la atención de los usuarios de la policía. Seguimiento indicador del servicio
Portar el carnet institución que lo identifique como contratista del área de sanidad en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o	SI	Se Portar el carnet institución que lo identifique como contratista del

en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual.		área de sanidad durante la jornada laboral
Realizar las actividades establecidas en la gestión documental, aplicando la normatividad vigente.	SI	Se aplicando la normatividad vigente. se lleva libro de registro de historias,
Diligenciar inventario de insumo y mobiliario	SI	Se realiza registro en la planilla de inventario del servicio
Elaborar informes periódicos de las actividades realizadas, que permitan determinar la productividad en su labor.	SI	Se Realizan cumplimientos mensuales de las actividades realizadas. Seguimiento indicador de urgencias y hospitalización
Participar y asistir a las jornadas de capacitación cualquiera que fuere su objeto.	SI	Se asiste a las jornadas de capacitación cualquiera que fuere su objeto. Virtual o presencial se firma asistencia

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

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 (60) días calendarios desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (84) 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 CUATRO (04) MESES Y VEINTICUATRO (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 DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS MONEDA LEGAL ($2.478.667,00). De acuerdo a la Resolución No. 193 del 14/05/2024 "Por la cual se fijan los requisitos mínimos y honorarios para los contratistas de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión para el hospital central y nivel país 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 encuentra 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, LA 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:

Dentro de la información suscrita se puede evidenciar en los porcentajes de pago la presente información así:

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	$11.897.601,60	100%
Valor total de las entregas	$ 4.957.334,00	42%
Valor total facturado	$ 4.957.334,00	42%
Valor facturado pendiente de pago	$ 2.230.800,30	19%
Valor pagado	$ 2.726.533,70	23%
Valor pendiente de entrega	$ 6.940.267,60	58%

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 Cobro 03	$2.230.800,30	Del 01/06/2025 al 27/06/2025	$2.230.800,30	03	$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

De acuerdo al Nuevo Módulo de Contratación MCT, se ajustan las fechas de entrega del informe de supervisión, para dar la periodicidad de acuerdo a la fecha de inicio del contrato.

6. CONCLUSIONES

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

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

Atentamente,

Firma_____

Subintendente JHON FREDY BULLA MARIÑO
Responsable Asignación Citas Médicas UPRES DEBOY
Supervisor Contrato No. 95-7-20120-25
Correo electrónico: jhon.bulla@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3112632979

Ciudad y fecha:	Tunja, 28 de junio del 2025
Unidad:	Policía Metropolitana de Tunja - Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá
Tipo de contrato	<table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><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>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></table>
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	95-7-20120-25
Constancia de recibido No.	03
Contratista:	LINA MARIANA PINZON HERRERA
NIT del contratista:	1.116.865.777
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión como Técnico Auxiliar de Enfermería para la Unidad Prestadora de Salud Tipo B 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:	$11.897.601,60
Plazo de ejecución:	28/04/2025 al 21/09/2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Establecimiento de Sanidad Policial Complementario Clínica Tunja. Transversal 16 No. 15 - 01 Barrio Ricaurte - Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá
Incumplimiento del plazo de ejecución SI__ NO_X_	NO APLICA
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente JHON FREDY BULLA MARIÑO Responsable Asignación Citas Médicas UPRES DEBOY

Fecha de entrega certificada:	01/06/2025 al 27/06/2025
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 DEBOY	16	Técnico Auxiliar de Enfermería	$2.230.800,30	$2.230.800,30	$ 0.00	$2.230.800,30

Acta de recepción de bienes	No Aplica

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
03	28/06/2025	$2.230.800,30	$0.00	$2.230.800,30
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$2.230.800,30**	**$0.00**	**$2.230.800,30**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como Técnico Auxiliar de Enfermería de 08 horas diarias, 44 horas semanales y 190 horas mensuales, de acuerdo a la tabla de honorarios establecida en la Resolución No. 193 del 14/05/2024 "Por la cual se fijan los requisitos mínimos y honorarios para los contratistas de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión para el hospital central y nivel país de la dirección de sanidad". Al cual el contratista ha dado cumplimiento dentro de las especificaciones y parámetros que establece el mismo contrato, por lo cual a continuación se informa las actividades realizadas durante el periodo certificado.

Informe de Actividades Mensual: los servicios se prestaron dentro del plazo de ejecución, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, por lo cual se avala el pago de la cuenta de cobro No. 03 correspondiente al periodo del 01 de junio del 2025 al 27 de junio 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	Cumplir con horario programado y asignación según necesidad del servicio	Si_x_ No__	Se presenta macro agenda mensual pactada
2	Ejecutar los protocolos, procesos y guías de manejo del departamento de enfermería dando cumplimiento a los estándares establecidos	Si_x_ No__	Se asiste a capacitación mensual del servicio
3	Se realza entrega de turno de enfermería de pacientes en hospitalización y observación	Si_x_ No__	Se realiza registro de entrega de turno libro
4	Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población.	Si_x_ No__	Se realiza de forma continua y permanente la vigilancia epidemiológica, realizando el debido reporte

5	Cumplir con las normas del sistema de seguridad en el trabajo	Si_x_ No__	Se utilizan los elementos de bioseguridad, y se registra en carpeta de EPP
6	Realizar el aseo y desinfección de los elementos propios del desempeño de su función según los cronogramas de desinfección y los protocolos establecidos por el comité de infecciones y enfermería	Si_x_ No__	Se diligencia las respectivas planillas, ya sea semanal o mensual
7	Proporcionar cuidados generales al paciente como son cambio de ropa de cama, baño del paciente, asistencia de alimentación, educación al paciente y familia en el autocuidado.	Si_x_ No__	Cambio de ropa de la unidad o cual el paciente lo requiera, asistencia en la alimentación.
8	Ejecutar tratamientos de enfermería responsables interactuando de forma permanente con el paciente y familia	Si_x_ No__	Se cumple las ordenes medicas según tratamiento ordenado. se registra en el sistema
9	Educar al paciente en autocuidado, hábitos de vida saludable y prevención de la enfermedad.	Si_x_ No__	Se realiza mediante charlas
10	Garantizar los insumos en el servicio para la prestación adecuada a los pacientes	Si_x_ No__	Se mantiene el servicio dotado de insumo para la prestación del servicio.
11	Seguir los estándares, normas y niveles de calidad establecidos con relación a la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente.	Si_x_ No__	Se aplica normas establecidas para la atención de los usuarios de la policía. Seguimiento indicador del servicio
12	Toma de muestra de laboratorio	Si_x_ No__	Se toma muestras según orden médica para seguimiento, se realiza registro en la historia clínica
13	Portar el carnet 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_x_ No__	Se Portar el carnet institución que lo identifique como contratista del área de sanidad durante la jornada laboral
14	Trasladado de pacientes	Si_x_ No__	Se llena formato de traslado de paciente
15	Toma de EKG monitorias	Si_x_ No__	Se reportan en el panel ambulatorio
16	Elaboración de material para curaciones	Si_x_ No__	Se elabora material para la prestación del servicio
17	Asistencia en la alimentación del paciente hospitalizado, observación y/o urgencias	Si_x_ No__	Se verifica la dieta adecuada según orden medica
18	Realizar las actividades establecidas en la gestión documental, aplicando la normatividad vigente.	Si_x_ No__	Se aplicando la normatividad vigente, se lleva libro de registro de historias,
19	Diligenciar inventario de insumo y mobiliario	Si_x_ No__	Se realiza registro en la planilla de inventario del servicio
20	Elaborar informes periódicos de las actividades realizadas, que permitan determinar la productividad en su labor. Mediante registro de panel ambulatorio mensual	Si_x_ No__	Se realizaron y se reportaron procedimientos panel ambulatorio mensual procedimientos

21	Participar y asistir a las jornadas de capacitación cualquiera que fuere su objeto.	Si_x_ No__	Se asiste a las jornadas de capacitación Virtual o presencial se firma asistencia
22	Participar y asistir a las jornadas de capacitación cualquiera que fuere su objeto.	Si_x_ No__	Se asiste a las jornadas de capacitación cualquiera que fuere su objeto. Virtual o presencial se firma asistencia
23	Pago aportes parafiscales vigentes	Si_x_ No__	No. 4608192618 del 17/06/2025
24	Aporte apoyo ordenanza No. 030	Si_x_ No__	$22.400,00

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 JHON FREDY BULLA MARIÑO

Responsable Asignación Citas Médicas UPRES DEBOY

CUENTA DE COBRO No. 03

Tunja, 28 de junio del 2025

POLICÍA METROPOLITANA DE TUNJA
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B BOYACÁ
DEBE A:

LINA MARIANA PINZON HERRERA identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.116.865.777 expedida en Tame (Arauca), la suma de $2.230.800,30 por concepto de las actividades desempeñadas desde el 01 de junio del 2025 al 27 de junio del 2025, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 95-7-20120-25 suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá, para prestar mis servicios como Técnico Auxiliar de Enfermería.

Favor consignar en la cuenta de ahorros No. 914440938 BANCO BBVA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Mariana Pinzón Herrera

LINA MARIANA PINZON HERRERA
C.C. No. 1.116.865.777 Expedida en Tame (Arauca)
Teléfono: 3222930829
Email: lina.pinzonh@correo.policia.gov.co

Tunja, 28 de junio del 2025

Señores:
POLICÍA METROPOLITANA DE TUNJA
Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá
Tunja.-

Respetados señores;

Yo, LINA MARIANA PINZON HERRERA identificada con cédula de ciudadanía No. 1.116.865.777 Expedida en Tame (Arauca), 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 Tipo B Boyacá, además mi condición es de NO DECLARANTE del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

Mariana Pinzón Herrera

LINA MARIANA PINZON HERRERA
C.C. No. 1.116.865.777 Expedida en Tame (Arauca)
Teléfono: 3222930829
Email: lina.pinzonh@correo.policia.gov.co

Tunja, 28 de junio del 2025

Señores:
POLICÍA METROPOLITANA DE TUNJA
Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá
Tunja.-

Respetados señores;

Yo, LINA MARIANA PINZON HERRERA en calidad de contratista identificada con cedula de ciudadanía No. 1.116.865.777 Expedida en Tame (Arauca), 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. 95-7-20120-25 suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA No. 4608192618
HONORARIOS MENSUALES	2.230.800,30	2.230.800,30
BASE COTIZACION 40%	1.423.500,00	1.423.500,00
APORTE SALUD 12,5%	177.900,00	178.000,00
APORTE PENSION 16%	227.800,00	227.800,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
RIESGO II 1,044%	14.900,00	0,00
RIESGO III 2,436%	34.700,00	34.700,00
RIESGO V 6,960%	99.100,00	0,00

Cordialmente,

Mariana Pinzón Herrera

LINA MARIANA PINZON HERRERA
C.C. No. 1.116.865.777 Expedida en Tame (Arauca)
Teléfono: 3222930829
Email: lina.pinzonh@correo.policia.gov.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA — NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1116865777
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: LINA MARIANA PINZON HERRERA
CIUDAD/MUNICIPIO: TAME — DEPARTAMENTO: ARAUCA
DIRECCIÓN: CARRERAS 16-5 — TELÉFONO: 8884575
TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE — CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA: PRIVADA — ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de atencion de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 4608192618 — TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES junio AÑO 2025 — PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES junio AÑO 2025
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2025/06/17 — NÚMERO AUTORIZACIÓN: 873482

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										$ 227.800	$ 0	$ 227.800

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 34.700	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 34.700
SUBTOTALES:									$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 34.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1116865777	PINZON HERRERA LINA MARIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	111686577	$ 34.700

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 440.500

Planilla Pagada

COMPROBANTE

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8918003301	NEQUI	133712711	1560914908	17/06/2025 11:58:45-a.m.

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

Usuario Pagador: **1116865777**

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

Dirección IP: **152.200.191.251**

Total Pagado **$ 22,400.00**

Descripción	Cantidad	Valor Pagado	Valor Servicio
100000194 - Estampilla Pro-	1	$ 22,400.00	COP$ 22,400.00

ecollect
Seguro para ti

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8918003301	NEQUI	133712711	1560914908	17/06/2025 11:58:45-a.m.

Tipo de Documento

C.C

Numero Identificación Contratista

1116865777

Nombre Contratista

Lina Mariana Pinzón Herrea

Numero Identificación Contratante

Nombre Contratante

POLMETUN - 900801209

Numero de Contrato

9572012025

Vigencia

2025

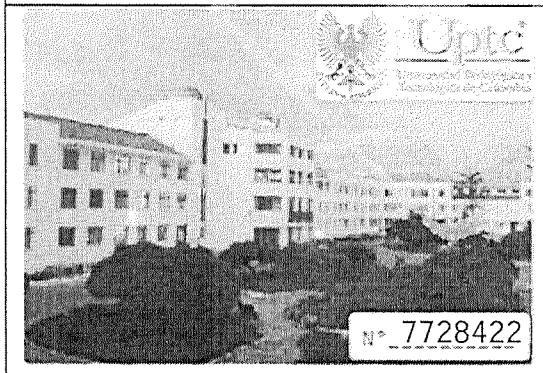
Base Gravable

2230800,30

ecollect
Seguro para ti

Uptc® Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia	UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC ORDENANZA 030 DE 2005	ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD MULTICAMPUS RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS

Número Estampilla	7728422
Contratista:	Lina Mariana Pinzón Herrea
C.C. / Nit / Identificación Contratista:	1116865777
Objeto del Contrato	Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión como TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la Unidad Prestadora de Salud Boyacá.
Contratante:	POLMETUN - 900801209 /NIT



Numero de Contrato:	9572012025	Vigencia:	2025
Base Gravable	$2230800,30	Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato	$ 22,400.00
Fecha de Pago:	17/06/2025		

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141161843772

(415)7707212489984(8020) 000014116184377 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 6 8 6 5 7 7 7	8	Impuestos y Aduanas de Tunja	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 6 8 6 5 7 7 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Arauca 8 1	Tame 7 9 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PINZON	HERRERA	LINA	MARIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: CL 10 5 A 83 BRR JORDAN

42. Correo electrónico: mapiherrera1111@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 9 1 2 1 2						5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 PINZON HERRERA LINA MARIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 18-06-2025 07:23:32AM