**N° GS-2025-** 134168 **-DEBOY**

Tunja, 25 de junio del 2025

Señor teniente coronel
**CARLOS ANDRES CARDENAS AYALA**
Comandante Policía Metropolitana de Tunja**(E)**
Carrera 11, 19 - 85 Centro Histórico
Ciudad

**ASUNTO:** Informe de supervisión del contrato u orden de compra N° 95-7-20089-25

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO _x_ O FINAL __**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **01/06/2025** | **Hasta** | **02/06/2025** |

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-2025-069099-DEBOY, el señor coronel, JAVIER GUSTAVO LEMUS PINTO, obrando en calidad de comandante Metropolitana de Tunja (E), nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto la Señora Subteniente CINDY PAOLA SOTELO HOYOS,Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Complementario Tunja.

- Mediante comunicación oficial No. GS-2025-110826-DEBOY/UPRES – JEFAD – 3.1, 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, dio viabilidad para hacer funciones como supervisor del contrato del asunto a la Señora Patrullera JEIMMY ALEJANDRA VERA BARRAGAN Responsable de Afiliaciones en Salud.

**Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL _x_

- **N° de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 2**

1. Informe de supervisión del mes de abril del periodo comprendido entre el 03/04/2025 al 30/04/2025, presentado mediante comunicación oficial electrónica No. GS-2025-091656-DEBOY
2. Informe de supervisión del mes de mayo del periodo comprendido entre el 01/05/2025 al 01/05/2025, presentado mediante comunicación oficial electrónica No. GS-2025-116186-DEBOY

**Información del Contrato**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | 95-7-20089-25 |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como JEFE DE ENFERMERIA para la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA |
| **Contratista** | JUAN RICARDO AVELLO |
| **Representante legal** | No Aplica |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | $14.603.160,00 |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | No Aplica |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | $14.603.160,00 |
| **Plazo de ejecución inicial** | 04 meses y 28 días |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 03/04/2025 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | 31/08/2025 |
| **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:**

No Aplica

## 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 | 7971997340 24/06/2025 |

### CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| **DE CARÁCTER TÉCNICO:** | | |
| Cumplir con el plan de cuidados específicos para cada usuario a su cargo, con el propósito de brindar una atención con calidad a los usuarios del subsistema | SI | El funcionario cumplió con el plan de cuidados |
| Valorar el estado de salud del usuario y a través del diagnóstico, establecer la condición de salud, para establecer prioridades en la atención a los usuarios | SI | El funcionario cumplió con valorar el estado de salud del usuario por medio de clasificación triage |
| Ejecutar tratamientos de enfermería responsablemente, interactuando de forma permanente con la familia y/o cuidador del paciente, para mantenerlos informados sobre el estado de salud | SI | El funcionario ejecuta tratamientos de enfermería responsablemente |
| Participar en la revista médica y de enfermería, respondiendo por los tratamientos de los pacientes a su cargo para que el médico pueda tomar las decisiones pertinentes respecto al tratamiento médico dado el caso | SI | El funcionario participa en la revista médica y de enfermería |
| Revisar y ejecutar órdenes médicas de las historias clínicas con sus respectivas recomendaciones de todos los pacientes a su cargo en el servicio asignado, con el fin de prestar un óptimo servicio | SI | El funcionario ejecuta órdenes médicas de las historias clínicas |
| Supervisar y/o realizar los procedimientos de limpieza y desinfección de los elementos utilizados en las actividades diarias del servicio realizada por el personal a cargo. | SI | El funcionario realiza los procedimientos de limpieza y desinfección de los elementos utilizados |
| Participar en la capacitación e instrucción al personal, en lo concerniente a la aplicación de protocolos, guías y procedimientos de manejo, con el propósito de mantener al personal a cargo actualizado, para un óptimo desempeño de sus funciones. | SI | El funcionario participa en la capacitación e instrucción al personal, en lo concerniente a la aplicación de protocolos, guías y procedimientos de manejo |
| Realizar el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud. | SI | El funcionario realiza el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten |
| Llevar los registros en la historia clínica del paciente de forma completa, suficiente y oportuna. | SI | El funcionario registra en la historia clínica del paciente de forma completa, suficiente y oportuna. |

| | | |
|---|---|---|
| Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica, de acuerdo a lo establecido en la RESOLUCION NÚMERO 1995 DE 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. | SI | El funcionario cumplió con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica |
| 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 | El funcionario aplica el proceso de archivo teniendo en cuenta la Ley general de archivo |
| Las demás que le sean asignadas por el jefe inmediato y que tengan relación directa con las demás funciones y que estén acordes con la naturaleza del cargo y el área de desempeño. | SI | El funcionario cumplió con las funciones asignadas por el jefe inmediato |
| Realizar la notificación obligatoria eventos de interés de salud pública y el respectivo seguimiento | SI | El funcionario notifica eventos de interés de salud pública y el respectivo seguimiento |
| Realizar vacunación a niños afiliados al sistema del policía según esquema PAI y participación en las Jornadas de Vacunación programadas. | SI | El funcionario vacuno a niños afiliados al sistema del policía |
| Seguimiento oportuno a las Cohortes de los niños para completar los esquemas de Vacunación PAI. | SI | El funcionario cumplió con seguimiento oportuno esquemas de Vacunación PAI. |
| Ejecutar los programas de promoción y prevención de acuerdo a la resolución 412 de 2000 e instructivo 037 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. | SI | El funcionario ejecuta los programas de promoción y prevención |
| Seguimiento y captación oportuna a las Gestantes, ejecutando programas de promoción y prevención. | SI | El funcionario capta las Gestantes, ejecutando programas de promoción y prevención. |
| Asistencia y participación en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) municipal e institucional. | SI | El funcionario participa en el Comité de Vigilancia Epidemiológica |
| Participación a las capacitaciones y reuniones que organice la secretaria de salud Municipal. | SI | El funcionario participa a las capacitaciones y reuniones que organice la secretaria de salud Municipal. |
| Seguimiento a usuarias con reporte de citologías positivas del Virus del Papiloma Humano (VPH). | SI | El funcionario cumplió con el seguimiento a usuarias con reporte de citologías positivas del Virus del Papiloma Humano (VPH). |
| Realización de informes que sean requeridos por la jefatura la Unidad Prestadora de Salud Boyacá Realización de informes mensuales requeridos por la secretaria de Salud Municipal. | SI | El funcionario cumplió con informes que sean requeridos por la jefatura |
| Recolectar y reportar la cinco primeros días de cada mes, al unidad prestadora de salud Boyacá correo disan.deboy-gas@policia.gov.co y/o supervisor del contrato, el registro por persona de la atención integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento según el anexo técnico de la Resolución 4505 de 2012. | SI | El funcionario registró las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento según el anexo técnico de la Resolución 4505 de 2012. |
| Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las actividades de protección específica, detección temprana y las guías de atención integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. | SI | El funcionario capacita a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las actividades de protección específica, detección temprana y las guías de atención integral de las enfermedades de interés en salud pública |
| 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 | El funcionario porta el carnet institución que lo identifica como contratista |
| Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por la Unidad Prestadora de salud Boyacá | SI | El funcionario asiste a inducciones, capacitaciones y demás actividades |

## 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 calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando 88 días calendario para que finalice el plazo de ejecución

**4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:**

La Policía Nacional realizará los pagos al contratista por el tiempo de ejecución del contrato por 04 meses y 28 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 NOVECIENTOS SESENTA MIL CIEN PESOS M/CTE. ($2.960.100,00). 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:**

| 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 | 14.603.160,00 | 100,00% |
| Valor total de las entregas | 5.920.200,00 | 40,54% |
| Valor total facturado | 5.920.200,00 | 40,54% |
| Valor facturado pendiente de pago | 197.340,00 | 1,35% |
| Valor pagado | 5.722.860,00 | 39,19% |
| Valor pendiente de entrega | 8.682.960,00 | 59,46% |

| b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. de acta o constancia de recibido** | **Valor recibido** | **Fecha de recibido** | **Valor facturado** | **No. factura** | **Valor pagado** | **Valor de ducciones** | **No. orden de pago** |
| Cuenta de cobro No. 03 | $ 197.340,00 | 01/06/2025 al 02/06/2025 | $ 197.340,00 | 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.

**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_____


Patrullera JEIMMY ALEJANDRA VERA BARRAGAN
Responsable de Afiliaciones en Salud
Supervisor Contrato N° 95-7-20089-25
Correo electrónico: jeimmy.vera@policia.gov.co
N° Telefónico 608 7458626

| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 3 | 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, 25 de junio del 2025 |
| Unidad: | Policía Metropolitana de Tunja- Unidad Prestadora de Salud Boyacá |
| Tipo de contrato | |

| Tipo de contrato | Marque el tipo de contrato |
|---|---|
| Orden de compra | |
| Contrato de obra | |
| Contrato de consultoría | |
| Contrato de prestación de servicios | X |
| Contrato de compraventa | |
| Contrato de suministro | |
| Contrato interadministrativo | |

| | |
|---|---|
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 95-7-20089-25 |
| Constancia de recibido No. | 03 |
| Contratista: | JUAN RICARDO AVELLO |
| NIT del contratista: | 7.169.999 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como JEFE DE ENFERMERIA para la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA |
| 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: | $14.603.160,00 |
| Plazo de ejecución: | 03/04/2025 al 31/08/2025 |
| 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 N ° 15 - 01 Barrio Ricaurte- 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: | Patrullera JEIMMY ALEJANDRA VERA BARRAGAN<br>Responsable de Afiliaciones en Salud |
| Fecha de entrega certificada: | 01/06/2025 al 02/06/2025 |
| 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 BOYACA | 16 | JEFE DE ENFERMERIA | $197.340,00 | $197.340,00 | $0.00 | $197.340,00 |

| | |
|---|---|
| Acta de recepción de bienes | No Aplica |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 03 | 25/06/2025 | $197.340,00 | $0.00 | $197.340,00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | $197.340,00 | $0.00 | $197.340,00 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como JEFE DE ENFERMERIA de seis (06) horas diarias, treinta y tres (33) horas semanales y ciento cuarenta y tres (143) 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 02 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 | Valorar el estado de salud del usuario y a través del diagnóstico, establecer la condición de salud, para establecer prioridades en la atención a los usuarios | SI_X_ NO_ | El profesional cumplió con las funciones estipuladas en el contrato |
| 2 | Ejecutar tratamientos de enfermería responsablemente, interactuando de forma permanente con la familia y/o cuidador del paciente, para mantenerlos informados sobre el estado de salud | SI_X_ NO_ | El profesional cumplió con las funciones estipuladas en el contrato. |
| 3 | Participar en la revista médica y de enfermería, respondiendo por los tratamientos de los pacientes a su cargo para que el médico pueda tomar las decisiones pertinentes respecto al tratamiento médico dado el caso | SI_X_ NO_ | El profesional cumplió con las funciones estipuladas en el contrato. |
| 4 | Revisar y ejecutar órdenes médicas de las historias clínicas con sus respectivas recomendaciones de todos los pacientes a su cargo en el servicio asignado, con el fin de prestar un óptimo servicio | SI_X_ NO_ | El profesional cumplió con las funciones estipuladas en el contrato. |
| 5 | Llevar los registros en la historia clínica del paciente de forma completa, suficiente y oportuna. | SI_X_ NO_ | El profesional cumplió con las funciones estipuladas en el contrato. |
| 6 | Cumplir con el plan de cuidados específicos para cada usuario a su cargo, con el propósito de brindar una atención con calidad a los usuarios del subsistema | SI_X_ NO_ | El profesional cumplió con las funciones estipuladas en el contrato. |
| 7 | Las demás que le sean asignadas por el jefe inmediato y que tengan relación directa con las demás funciones y que estén acordes con la naturaleza del cargo y el área de desempeño. | SI_X_ NO_ | El profesional cumplió con las funciones estipuladas en el contrato. |
| 8 | Las demás que le sean asignadas de acuerdo con el área de desempeño por el jefe de la Unidad Prestadora de salud Boyacá. | SI_X_ NO_ | El profesional cumplió con las funciones estipuladas en el contrato. |
| 9 | Asistencia y participación en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) municipal e institucional. | SI_X_ NO_ | El profesional cumplió con las funciones estipuladas en el contrato. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10 | Realizar vacunación a niños afiliados al sistema del policía según esquema PAI y participación en las Jornadas de Vacunación programadas. | SI_X_ NO_ | El profesional cumplió con las funciones estipuladas en el contrato. |
| 11 | Seguimiento a usuarias con reporte de citologías positivas del Virus del Papiloma Humano (VPH). | SI_X_ NO_ | El profesional cumplió con las funciones estipuladas en el contrato. |
| 12 | Pago aportes parafiscales vigentes | SI_X_ NO_ | 7971997340 24/06/2025 |
| 13 | Aporte apoyo ordenanza No. 030 | SI_X_ NO_ | $2.500,00 |

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_____
Patrullera JEIMMY ALEJANDRA VERA BARRAGAN
Responsable de Afiliaciones en Salud

CUENTA DE COBRO No. 3

Tunja, 25 de junio del 2025

POLICÍA METROPOLITANA DE TUNJA
UNIDAD PRESTADPORA DE SALUD BOYACÁ

DEBE A:

**JUAN RICARDO AVELLO** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 7.169.999 Expedida en Tunja (Boyacá), la suma de $197.340.00 por concepto de las actividades desempeñadas del 01 de junio al 02 de junio del 2025, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **95-7-20089-25** suscrito con La Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá, para prestar mis servicios como Enfermero Jefe.

Favor consignar en la cuenta de ahorros No. 488404526508 del Banco DAVIVIENDA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

**JUAN RICARDO AVELLO**
C.C. 7.169.999 Expedida en Tunja (Boyacá)
No. Telefónico: 3133208099
Email: juan.avello@correo.policia.gov.co

Tunja, 25 de junio del 2025

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

Respetados señores;

Yo, **JUAN RICARDO AVELLO** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 7.169.999 Expedida en Tunja (Boyacá), para los efectos previstos en la Ley 1819 de 2016 y 1943 de 2018 y en el Decreto reglamentario 3032 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como; empleado, según el Artículo 241 y 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en la Unidad Prestadora de Salud Boyacá, además mi condición es de **DECLARANTE** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

**JUAN RICARDO AVELLO**
C.C. 7.169.999 Expedida en Tunja (Boyacá)
No. Telefónico: 3133208099
Email: juan.avello@correo.policia.gov.co

Tunja, 25 de junio del 2025

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

Respetados señores;

Yo, **JUAN RICARDO AVELLO** en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía 7,169,999 Expedida en Tunja (Boyacá), para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1°del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos profesionales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (Salud 12,5%, Pensión 16% y riesgos profesionales para riesgo II el 1,044%, riesgo III el 2,436%, riesgo V 6;960%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, correspondientes a los ingresos provenientes del contrato No. **95-7-20089-25** suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá.

| **VALOR A COTIZAR** | | **VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA No. 7971997340** |
|---|---|---|
| HONORARIOS MENSUALES | 197.340,00 | 197.340,00 |
| 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,

**JUAN RICARDO AVELLO**
C.C. 7,169,999 Expedida en Tunja (Boyacá)
Teléfono 3133208099
Email: juan.avello@correo.policia.gov:co

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 7169999 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JUAN RICARDO AVELLO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TUNJA | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 8A # 9-09 BARRIO SUAREZ | TELÉFONO: | 7433633 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de atención de la |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7971997340 | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | mayo | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | mayo |
| | AÑO: | 2025 | | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/06/24 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1570172492 |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 227.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 227.800** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8300035647 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | $ 178.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 178.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 34.700 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 34.700** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 440.500** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 440.500** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | DAVIVIENDA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 7169999 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JUAN RICARDO AVELLO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TUNJA | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 8A # 9-09 BARRIO SUAREZ | TELÉFONO: | 7433633 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de atención 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: | | | 7971997340 | TIPO DE PLANILLA: | | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | mayo | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | mayo | AÑO | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2025/06/24 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | 1570172492 |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 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 CÓDIGO | 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 CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 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

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 7169999 | AVELLO JUAN RICARDO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1,423,500 | | | | NO |

NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1,423,500 | $ 227,800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227,800 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1,423,500 | $ 178,000 | $ 0 | $ 178,000 |

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1,423,500 | 7169999 | $ 34,700 |

PARAFISCALES

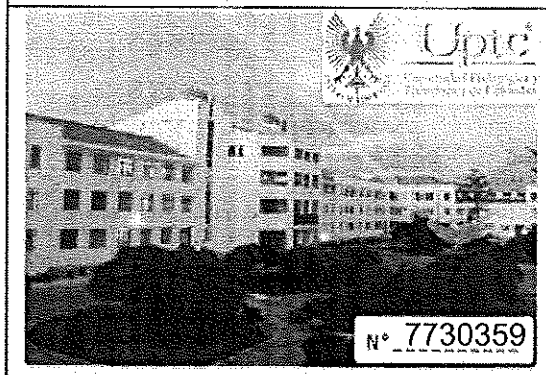
| DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL PAGADO: | $ 440.500 |
|---|---|

Planilla Pagada

| | | |
|---|---|---|
| Uptc® Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia | UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA<br><br>ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC<br>ORDENANZA 030 DE 2005 | ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD<br>M U L T I C A M P U S<br>RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS |

| | |
|---|---|
| Número Estampilla | 7730359 |
| Contratista: | JUAN RICARDO AVELLO |
| C.C. / Nit / Identificación Contratista: | 7169999 |
| Objeto del Contrato | PRESTAR SERVICOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO ENFERMERO JEFE EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA, CLINICA TUNJA |
| Contratante: | POLMETUN - 900801209 /NIT |




| | | | |
|---|---|---|---|
| Numero de Contrato: | 9572008925 | Vigencia: | 2025 |
| Base Gravable | $248400 | Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato | $ 2,500.00 |
| Fecha de Pago: | 21/06/2025 | | |

# COMPROBANTE

| NIT | Medio de Pago | No. Transacción | No. Autorización/CUS | Fecha y Hora |
|---|---|---|---|---|
| 8918003301 | BANCO DAVIVIENDA | 133969842 | 1570187248 | 21/06/2025 08:16:48-a.m. |

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

Usuario Pagador: **7169999**

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

Dirección IP: **152.200.191.251**

Total Pagado **$ 2,500.00**

| Descripción | Cantidad | Valor Pagado | Valor Servicio |
|---|---|---|---|
| 100000194 - Estampilla Pro- | 1 | $ 2,500.00 | COP$ 2,500.00 |

ecollect
Seguro para ti

| NIT | Medio de Pago | No. Transacción | No. Autorización/CUS | Fecha y Hora |
|---|---|---|---|---|
| 8918003301 | BANCO DAVIVIENDA | 133969842 | 1570187248 | 21/06/2025 08:16:48-a.m. |

**Tipo de Documento**

C.C

**Numero Identificación Contratista**

7169999

**Nombre Contratista**

JUAN RICARDO AVELLO

**Numero Identificación Contratante**

**Nombre Contratante**

POLMETUN - 900801209

**Numero de Contrato**

9572008925

**Vigencia**

2025

**Base Gravable**

248400

ecollect
Seguro para ti

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141163514365

(415)7707212489984(8020) 000014116351436 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 7 1 6 9 9 9 9 | 4 | Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0 | |

**IDENTIFICACIÓN**

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación |
|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 7 1 6 9 9 9 9 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Tunja 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| AVELLO | | JUAN | RICARDO |

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 8 A · 9 09 BRR SUAREZ

42. Correo electrónico juriave66@gmail.com

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

**CLASIFICACIÓN**

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 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 0 6 0 3 3 1 | 0 0 1 0 | 2 0 2 2 0 1 0 1 | | 2 2 2 4 | |

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código 5
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

**Usuarios aduaneros**

54. Código

**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 AVELLO JUAN RICARDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 21-06-2025 08:49:23AM