**GS-2025-** 190612 **- DEBOY - 20.1**

Moniquirá, 06 de septiembre del 2025

Señor Coronel
JAVIER GUSTAVO LEMUS PINTO
Comandante Policía Metropolitana de Tunja
Carrera 11 No. 19 – 85 Centro Histórico
Tunja.-

**ASUNTO:** Informe de supervisión del contrato u orden de compra No. **95-7-20068-25**

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO** ____ **O FINAL** __X__

**Periodo del informe de supervisión**

| **Desde** | **21/08/2025** | **Hasta** | **05/09/2025** |
|---|---|---|---|

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-2025-079332-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 al Jefe del Establecimiento Primario de Atención en Salud Moniquirá.

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

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: (5)**

  1. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 21/04/2025 al 30/04/2025, presentado mediante comunicación oficial electrónica No. **GS-2025-090738-DEBOY** del 01/05/2025, Radicado en GEPOL a mi Coronel JAVIER GUSTAVO LEMUS PINTO, Comandante Policía Metropolitana de Tunja.

  2. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/05/2025 al 31/05/2025, presentado mediante comunicación oficial electrónica No. **GS-2025-114977-DEBOY** del 01/06/2025, Radicado en GEPOL a mi Coronel JAVIER GUSTAVO LEMUS PINTO, Comandante Policía Metropolitana de Tunja

3. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/06/2025 al 20/06/2025, presentado mediante comunicación oficial electrónica No. **GS-2025-131813-DEBOY** del 21/06/2025, Radicado en GEPOL a mi Teniente Coronel CARLOS ANDRES CARDENAS AYALA, Comandante Policía Metropolitana de Tunja (E).

4. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 21/06/2025 al 20/07/2025, presentado mediante comunicación oficial electrónica No. **GS-2025-151531-DEBOY** del 21/07/2025, Radicado en GEPOL a mi Coronel JAVIER GUSTAVO LEMUS PINTO, Comandante Policía Metropolitana de Tunja.

5. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 21/07/2025 al 20/08/2025, presentado mediante comunicación oficial electrónica No. **GS-2025-177056-DEBOY** del 21/08/2025, Radicado en GEPOL a mi Coronel JAVIER GUSTAVO LEMUS PINTO, Comandante Policía Metropolitana de Tunja

| **Contrato No. / Orden de compra No.** | 95-7-20068-25 |
|---|---|
| Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra | Servicios Profesionales como Técnico Auxiliar de Enfermería y de Apoyo a la Gestión para la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá. |
| Contratista | MABEL ELIANA LÓPEZ BARRANTES |
| Representante legal | No aplica |
| Valor inicial del contrato u orden de compra | Valor total del contrato de 8.365.500,00 |
| Valor adiciones del contrato u orden de compra | No aplica |
| Valor total del contrato u orden de compra | Valor total del contrato de 8.365.500,00, |
| Plazo de ejecución inicial | CUATRO (04) MESES Y QUINCE (15) DÍAS |
| Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra | 21/04/2025 |
| Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente) | 05/09/2025 |
| 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 Coordinador del Establecimiento de Sanidad Policial Primario Moniquirá desarrollo los seguimientos a las actividades desarrolladas por la profesional en beneficio de nuestros usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía Nacional.

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1. Ejecutar los protocolos, procesos, y guías de manejo del departamento de enfermería dando cumplimiento a los estándares establecidos (cumple)

2. Orientar vigilar y acompañar en caso necesario al paciente durante su estancia en el servicio o traslado a los diferentes departamentos de diagnóstico y tratamiento con solicitud de estudio (cumple)

3. Participar en programas de socialización, evaluación con el fin de mantenerse actualizado e informado (cumple)

4. Informar y evidenciar situaciones que se generen de la atención en salud (evento adverso) para así dar atención de manera oportuna (cumple) manejo de bilógicos, transporte, envase, y conservación de los mismos de acuerdo a lo estipulado resolución 412 del 2000 (cumple)

**Realiza las acciones establecidas en la gestión documental aplicando la normatividad vigente (cumple)**

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social, parafiscales, (cajas de compensación familiar, SENA e ICBF) ... | **SI** | No. 8637122170 - 13/08/2025 |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | CUMPLIO | OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS |
|---|---|---|
| Ejecutar los protocolos, procesos y guías de manejo del departamento de enfermería, dando cumplimiento a los estándares establecidos | **Si X No__** | Se ejecutan los procesos y se cumplen con los formatos establecidos y se diligencian. |
| Asistir a la revista de enfermería dando cumplimiento a las actividades de cuidado delegadas para la atención de los usuarios. | **Si X No__** | Asiste a los acompañamientos programados en las diferentes actividades médicas. |
| Orientar, vigilar y acompañar en caso necesario al paciente durante su estancia en el servicio o traslado a los diferentes departamentos de diagnóstico y tratamiento con expediente o solicitud de estudio. | **Si X No__** | Efectúa el acompañamiento al usuario y beneficiario en su estancia en el establecimiento de sanidad Primario, registra en base de asignación de citas. |
| Participar en la programación de actividades de entrenamiento socialización, evaluación y seguimiento del personal de enfermería, con el fin de mantenerse actualizado e informado. | **Si X No__** | Desarrollo los programas de acuerdo a los cronogramas proyectados por los departamentos de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá y el Establecimiento de Sanidad Policial Primario Moniquirá. |
| Informar y evidenciar situaciones que se generen de la atención en salud (evento adverso e incidente), para así dar atención de forma oportuna a cualquier situación presentada por el paciente | **Si X No__** | A la fecha no se han presentado situaciones adversas, y de adoptan las medidas necesarias para resolverlas en caso de presentarse. |
| Realizar el aseo y desinfección de los elementos propios del desempeño de su función, según los cronogramas de | **Si X No__** | Efectúa la asepsia a los elementos utilizados en la atención. |

| | | |
|---|---|---|
| desinfección y los protocolos establecidos por el comité de infecciones y el departamento de enfermería | | |
| Proporcionar cuidados generales al paciente como son: cambio de ropa de cama, baño, auxilio en la ingesta de alimentos, enseñar procedimientos higiénicos dietéticos favorables para el paciente, así como a los familiares de los mismos. | **Si X No__** | Se desarrollan estas actividades de cuidados paliativos, ejecutando procedimientos higiénicos para la atención. |
| Ejecutar tratamientos de enfermería responsablemente, interactuando de forma permanente con la familia. | **Si X No__** | Efectúa los procedimientos básicos ordenados por el médico general y los devengados de los servicios. |
| Apoya las labores de registro y aplicación de biológicos. | **Si X No__** | Apoya las actividades de acuerdo a necesarias. |
| Realiza seguimiento de los esquemas de vacunación. 16) Evalúa las jornadas de vacunación. | **Si X No__** | Registra los esquemas de acuerdo a las atenciones de crecimiento y desarrollo. |
| Evalúa y entrega informes sobre las jornadas de vacunación. | **Si X No__** | Entrega informes en general de acuerdo a jornadas programadas. |
| Realizar las actividades establecidas en la gestión documental, aplicando la normatividad vigente, en cuanto al manejo de la historia medico laboral e historia clínica. | **Si X No__** | Aplica las actividades de acuerdo a la normatividad para las actividades de archivo y lo determina en los espacios dispuestos para tal fin. |
| 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__** | Maneja el plan de acuerdo a la atención brindada por el médico general y lo suscribe dentro de las historias y seguimientos. |
| Colaborar con la adecuación y preparación de paciente en la atención de consulta externa para la respectiva intervención. | **Si X No__** | Cumple con el acompañamiento y preparación del paciente, medidas de protección y elementos de protección personal. |
| Colaborar con la demanda inducida a todos los pacientes direccionándolos a los diferentes servicios. | **Si X No__** | Desarrolla la actividad de demanda inducida y los direcciona de acuerdo a las indicaciones se soporta en agendas. |
| Participar activamente en la socialización de protocolos y Guías de enfermería y medicina. | **Si X No__** | Desarrolla de manera mensual las actividades de participación y protocolos de enfermería. |
| 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__** | Efectúa el diagnostico primario para desarrollar condiciones de salud del beneficiario. |
| 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__** | Ejecuta los tratamientos ordenados por el médico General de acuerdo a su competencia y seguimiento. |
| Orientar a los pacientes de los diferentes servicios que se prestan en el ESPRI. | **Si X No__** | Socializa la orientación y mantiene actualizadas carteleras informativas. |
| 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__** | Efectúa el diagnostico primario para desarrollar condiciones de salud del beneficiario. |
| Participar activamente en la socialización de protocolos y Guías de enfermería y medicina. | **Si X No__** | Desarrolla de manera mensual las actividades de participación y protocolos de enfermería. |
| Cláusula 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. La parte receptora correspondiente solo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información, confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en os campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial | **Si X No__** | Se compromete a mantener las cláusulas de confidencialidad, no intercambiar información. |
| 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 que les sea aplicable, en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y de la Lay 1712 de 2014, del capítulo 25 título 2 del | **Si X No__** | Cumple con la protección a los datos y aquellos aspectos relacionados con el manejo de la información, buen uso de los medios institucionales de información. |

| | | |
|---|---|---|
| libro 2 de la parte 2 del Decreto 1074 de 2015 y las normas que lo modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional | | |
| Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por la Unidad Prestadora de Salud Boyacá | **Si X No__** | Cumple con la protección a los datos y aquellos aspectos relacionados con el manejo de la información, buen uso de los medios institucionales de información. |
| Las demás que le sean asignadas por el supervisor y/o jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá | **Si X No__** | Cumple con la protección a los datos y aquellos aspectos relacionados con el manejo de la información, buen uso de los medios institucionales de información. |

### 2.1. NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Dentro de la supervisión hecha no se presentan a la fecha ningún tipo de novedades en la prestación de los servicios profesionales de Enfermería.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (135) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (0) 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 QUINCE (15) 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 UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL PESOS MONEDA LEGAL ($1.859.000,00). De acuerdo a la Resolución No 193 del 14/05/2024 *"Por la cual se fijan requisitos mínimos y honorarios para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión de la Dirección de Sanidad"*. Los pagos se harán en la cuenta que se indica en el numeral 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, **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 | $ 8.365.500,00 | 100% |
| Valor total de las entregas | $ 8.365.500,00 | 100% |
| Valor total facturado | $ 8.365.500,00 | 100% |
| Valor facturado pendiente | $ 929.500,00 | 11% |
| Valor pagado | $ 7.436.000,00 | 89% |
| Valor pendiente de entrega | $ 0,00 | 0% |

**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 de ducciones | No. orden de pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cuenta de cobro No. 6 | $929.500,00 | del 21/08/2025 al 05/09/2025 | $929.500,00 | 6 | pendiente | pendiente | Pendiente |

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

## 5. RECOMENDACIONES

El cumplimiento contrato se evidencia de manera normal el contratista cumple con las responsabilidades asignadas para el objeto del mismo como Técnico Auxiliar de Enfermería y Apoyo a la Gestión.

## 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,

Subintendente **DIANA MARCELA MOLINA FONSECA**
Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Moniquirá
Supervisor Contrato u orden de Compra No. 95-7-20068-25
Correo electrónico: deboy.espri-mon@policia.gov.co
No. Telefónico: (608) 7458626 Ext 7059 - 3505560997

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | Moniquirá, 06 de septiembre del 2025 |
| Unidad: | Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá – Metropolitana de Tunja |
| 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. | 95-7-20068-25 |
| Constancia de recibido No. | 6 |
| Contratista: | MABEL ELIANA LÓPEZ BARRANTES |
| NIT del contratista: | 1.007.307.258 |
| 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: | Valor total del contrato de $ 8.365.500,00 |
| Plazo de ejecución: | 21/04/2025 AL 05/09/2025 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | No aplica |
| Lugar de ejecución y/o entrega | Establecimiento de Sanidad Policial Primario Moniquirá - Carrera 7ª No. 20A - 25, barrio La Primavera - 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 DIANA MARCELA MOLINA FONSECA<br>Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Moniquirá |
| Fecha de entrega certificada: | 21/08/2025 AL 05/09/2025 |

| | |
|---|---|
| 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 | $ 929.500,00 | $ 929.500,00 | $0,00 | $929.500,00 |

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

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 6 | 06/09/2025 | $ 929.500,00 | **$0,00** | $ 929.500,00 |
| **Valor total bienes y/o servicios recibidos** | | $ 929.500,00 | **$0,00** | $ 929.500,00 |

*CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO:* El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como Técnico Auxiliar de Enfermería de 06 Horas diarias, 33 Horas semanales y 143 Horas mensuales de acuerdo a la tabla de honorarios establecida en la Resolución 193 del 14 de mayo del 2024 de la Dirección de Sanidad en el Establecimiento de Sanidad Policial Primario Moniquirá, la 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. 6 correspondiente al periodo del 21 de agosto al 05 de septiembre del 2025.

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

| No. | OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | CUMPLIO | OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS |
|---|---|---|---|
| 1 | Ejecutar los protocolos, procesos y guías de manejo del departamento de enfermería, dando cumplimiento a los estándares establecidos | **SI X NO__** | Se ejecutan los procesos y se cumplen con los formatos establecidos y se diligencian. |
| 2 | Asistir a la revista de enfermería dando cumplimiento a las actividades de cuidado delegadas para la atención de los usuarios. | **SI X NO__** | Asiste a los acompañamientos programados en las diferentes actividades médicas. |
| 3 | Orientar, vigilar y acompañar en caso necesario al paciente durante su estancia en el servicio o traslado a los diferentes departamentos de diagnóstico y tratamiento con expediente o solicitud de estudio. | **SI X NO__** | Efectúa el acompañamiento al usuario y beneficiario en su estancia en el establecimiento de sanidad Primario, registra en base de asignación de citas. |
| 4 | Participar en la programación de actividades de entrenamiento socialización, evaluación y seguimiento del personal de enfermería, con el fin de mantenerse actualizado e informado. | **SI X NO__** | Desarrollo los programas de acuerdo a los cronogramas proyectados por los departamentos de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá y el Establecimiento de Sanidad Policial Primario Moniquirá. |
| 5 | Informar y evidenciar situaciones que se generen de la atención en salud (evento adverso e incidente), | **SI X NO__** | A la fecha no se han presentado situaciones adversas, y de adoptan las |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | para así dar atención de forma oportuna a cualquier situación presentada por el paciente | | medidas necesarias para resolverlas en caso de presentarse. |
| 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 el departamento de enfermería | **SI X NO__** | Efectúa la asepsia a los elementos utilizados en la atención. |
| 7 | Proporcionar cuidados generales al paciente como son: cambio de ropa de cama, baño, auxilio en la ingesta de alimentos, enseñar procedimientos higiénicos dietéticos favorables para el paciente, así como a los familiares de los mismos. | **SI X NO__** | Se desarrollan estas actividades de cuidados paliativos, ejecutando procedimientos higiénicos para la atención. |
| 8 | Ejecutar tratamientos de enfermería responsablemente, interactuando de forma permanente con la familia. | **SI X NO__** | Efectúa los procedimientos básicos ordenados por el médico general y los devengados de los servicios. |
| 9 | Apoya las labores de registro y aplicación de biológicos. | **SI X NO__** | Apoya las actividades de acuerdo a necesarias. |
| 10 | Realiza seguimiento de los esquemas de vacunación. 16) Evalúa las jornadas de vacunación. | **SI X NO__** | Registra los esquemas de acuerdo a las atenciones de crecimiento y desarrollo. |
| 11 | Evalúa y entrega informes sobre las jornadas de vacunación. | **SI X NO__** | Entrega informes en general de acuerdo a jornadas programadas. |
| 12 | Realizar las actividades establecidas en la gestión documental, aplicando la normatividad vigente, en cuanto al manejo de la historia medico laboral e historia clínica. | **SI X NO__** | Aplica las actividades de acuerdo a la normatividad para las actividades de archivo y lo determina en los espacios dispuestos para tal fin. |
| 13 | 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__** | Maneja el plan de acuerdo a la atención brindada por el médico general y lo suscribe dentro de las historias y seguimientos. |
| 14 | Colaborar con la adecuación y preparación de paciente en la atención de consulta externa para la respectiva intervención. | **SI X NO__** | Cumple con el acompañamiento y preparación del paciente, medidas de protección y elementos de protección personal. |
| 15 | Colaborar con la demanda inducida a todos los pacientes direccionándolos a los diferentes servicios. | **SI X NO__** | Desarrolla la actividad de demanda inducida y los direcciona de acuerdo a las indicaciones se soporta en agendas. |
| 16 | Participar activamente en la socialización de protocolos y Guías de enfermería y medicina. | **SI X NO__** | Desarrolla de manera mensual las actividades de participación y protocolos de enfermería. |
| 17 | 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__** | Efectúa el diagnostico primario para desarrollar condiciones de salud del beneficiario. |
| 18 | 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__** | Ejecuta los tratamientos ordenados por el médico General de acuerdo a su competencia y seguimiento. |
| 19 | Orientar a los pacientes de los diferentes servicios que se prestan en el ESPRI. | **SI X NO__** | Socializa la orientación y mantiene actualizadas carteleras informativas. |
| 20 | 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__** | Efectúa el diagnostico primario para desarrollar condiciones de salud del beneficiario. |
| 21 | Participar activamente en la socialización de protocolos y Guías de enfermería y medicina. | **SI X NO__** | Desarrolla de manera mensual las actividades de participación y protocolos de enfermería. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 22 | Cláusula 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. La parte receptora correspondiente solo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información, confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en os campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial | **SI X NO__** | Se compromete a mantener las cláusulas de confidencialidad, no intercambiar información. |
| 23 | 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 que les sea aplicable, en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y de la Lay 1712 de 2014, del capítulo 25 título 2 del libro 2 de la parte 2 del Decreto 1074 de 2015 y las normas que lo modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional | **SI X NO__** | Cumple con la protección a los datos y aquellos aspectos relacionados con el manejo de la información, buen uso de los medios institucionales de información. |
| 24 | Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social, parafiscales, (cajas de compensación familiar, SENA e ICBF) ... | **SI X NO__** | No. No. 8637122170 - 13/08/2025 |
| 25 | Aporte apoyo ordenanza No. 030 | **SI X NO__** | Recibo y estampilla electrónica por un valor de $9.300 |

**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.

Subintendente **DIANA MARCELA MOLINA FONSECA**
Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Moniquirá

CUENTA DE COBRO No. 6

Moniquirá, 06 de septiembre del 2025

POLICÍA METROPOLITANA DE TUNJA
UNIDAD PRESTADPORA DESALUD TIPO B BOYACÁ

DEBE A:

**MABEL ELIANA LÓPEZ BARRANTES** identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.007.307.258 Expedida en Moniquirá (Boyacá), la suma de $929.500,00 por concepto de las actividades desempeñadas del 21 de agosto al 05 de septiembre del 2025, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **95-7-20068-25** 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. 91209759735 del Banco Bancolombia de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Mabel Eliana López B.

**MABEL ELIANA LÓPEZ BARRANTES**
C.C. 1.007.307.258 Expedida en Moniquirá (Boyacá)
No. Telefónico: 3228655525
Email: mabel.lopezb@correo.policia.gov.co

Moniquirá, 06 de septiembre del 2025

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

Respetados señores;

Yo, **MABEL ELIANA LÓPEZ BARRANTES** identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.007.307.258 Expedida en Moniquirá (Boyacá), para los efectos previstos en la Ley 1819 de 2016 y 1943 de 2018 y en el Decreto reglamentario 3032 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como; empleado, según el Artículo 241 y 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en la Unidad Prestadora de Salud Boyacá, además mi condición es de **NO DECLARANTE** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

Mabel Eliana López B.

**MABEL ELIANA LÓPEZ BARRANTES**
C.C. 1.007.307.258 Expedida en Moniquirá (Boyacá)
No. Telefónico: 3228655525
Email: mabel.lopezb@correo.policia.gov.co

Moniquirá, 06 de septiembre del 2025

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

Respetados señores;

Yo, **MABEL ELIANA LÓPEZ BARRANTES** en calidad de contratista identificada con cedula de ciudadanía 1.007.307.258 Expedida en Moniquirá (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. **95-7-20068-25** suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá.

| **VALOR A COTIZAR** | | **VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA No. No. 8637122170** |
|---|---|---|
| HONORARIOS MENSUALES | 1.859.000,00 | 1.859.000,00 |
| BASE COTIZACION 40% | 1.423.500,00 | 929.500,00 |
| 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 | 0,00 |
| RIESGO V 6,960% | 99.100,00 | 0,00 |

Cordialmente,

Mabel Eliana Lopez B.

**MABEL ELIANA LÓPEZ BARRANTES**
C.C. 1.007.307.258 Expedida en Moniquirá (Boyacá)
Teléfono 3228655525
Email: mabel.lopezb@correo.policia.gov.co

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | MABEL ELIANA LOPEZ BARRANTES |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1007307258 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2025-08-13 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2025-09-12 |
| FECHA DE PAGO: | 2025-08-13 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO COLPATRIA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2025-08 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-08 |
| NÚMERO PLANILLA: | 8637122170 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8620815088 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

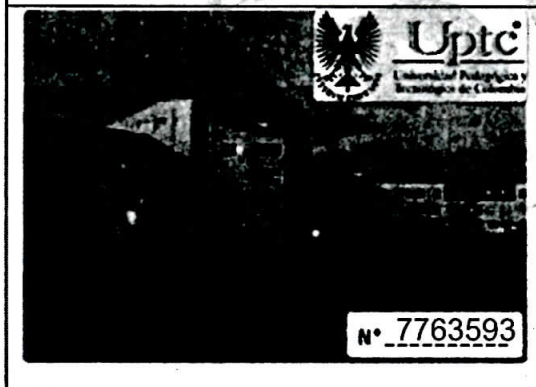
| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 | $ 178.000 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 227.800 | $ 227.800 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 405.800 | $ 405.800 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 15/10/2025 |

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

| | |
|---|---|
| Número Estampilla | 7763593 |
| Contratista: | Mabel Eliana López Barrantes |
| C.C. / Nit / Identificación Contratista: | 1007307258 |
| Objeto del Contrato | Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión como Técnico Auxiliar de Enfermería para la Unidad Prestadora de Salud Boyacá |
| Contratante: | POLMETUN - 900801209 /NIT |




| | | | |
|---|---|---|---|
| Numero de Contrato: | 9572006825 | Vigencia: | 2025 |
| Base Gravable | $929.500 | Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato | $ 9,300.00 |
| Fecha de Pago: | 29/08/2025 | | |

# COMPROBANTE

| NIT | Medio de Pago | No. Transacción | No. Autorización/CUS | Fecha y Hora |
|---|---|---|---|---|
| 8918003301 | BANCOLOMBIA | 139611130 | 1736056354 | 29/08/2025 04:28:23-p.m. |

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

Usuario Pagador: **1007307258**

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

Dirección IP: **152.200.191.251**

Total Pagado **$ 9,300.00**

| Descripción | Cantidad | Valor Pagado | Valor Servicio |
|---|---|---|---|
| 100000194 - Estampilla Pro- | 1 | $ 9,300.00 | COP$ 9,300.00 |

ecollect

| NIT | Medio de Pago | No. Transacción | No. Autorización/CUS | Fecha y Hora |
|---|---|---|---|---|
| 8918003301 | BANCOLOMBIA | 139611130 | 1736056354 | 29/08/2025 04:28:23-p.m. |

**Tipo de Documento**

C.C

**Numero Identificación Contratista**

1007307258

**Nombre Contratista**

Mabel Eliana López Barrantes

**Numero Identificación Contratante**

**Nombre Contratante**

POLMETUN - 900801209

**Numero de Contrato**

9572006825

**Vigencia**

2025

**Base Gravable**

929.500

ecollect

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141113210452

(415)7707212489984(8020) 000014111321045 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 0 7 3 0 7 2 5 8 | 9 | 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 | 1 0 0 7 3 0 7 2 5 8 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Moniquirá 4 6 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LOPEZ | BARRANTES | MABEL | ELIANA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Moniquirá 4 6 9 |

41. Dirección principal: CL 8 8 74 BRR RICAURTE

42. Correo electrónico: mabelbarrantes158@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 2 8 6 5 5 5 2 5 | |

## 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 2 1 | 2 0 1 9 0 8 0 3 | | | | | 5 1 3 2 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Usuarios aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 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 LOPEZ BARRANTES MABEL ELIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO