


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

GS-2025 -256037- DEBOY

Tunja, 22 de noviembre del 2025

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

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **95-7-20253-25**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO FINAL

Periodo del informe de supervisión

Desde	22/10/2025	Hasta	21/11/2025
--------------	-------------------	--------------	-------------------


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-2025-192200-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 Tipo B Boyacá, nombró como supervisor (a) del contrato del asunto al señor (a) capitán **CARLOS GUILLERMO AVILA CAMELO**, jefe Grupo Prestador de Atención en Salud Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá.

Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: MENSUAL

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: UNO (01)**
- Informe de supervisión comprendido entre el 22/09/2025 al 21/10/2025 mediante comunicación oficial No. **GS-2025-227967-DEBOY**

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

Información del contrato.

Contrato No. / Orden de compra No.	95-7-20253-25 ✓
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA para la unidad prestadora de salud Boyacá ✓
Contratista	SIERRA PULIDO JEIMY JULIETH ✓
Representante legal	No aplica
Valor inicial del contrato u orden de compra	Vigencia 2025 por valor de \$12.310.712,77 ✓
Valor adiciones del contrato u orden de compra	\$ 0,00 ✓
Valor total del contrato u orden de compra	Por valor de DOCE MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL SETECIENTOS DOCE PESOS CON SETENTA Y SIETE CENTAVOS M/CTE. (\$12.310.712,77) distribuidos de la siguiente manera, (\$8.179.601,10) OCHO MILLONES CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS UN PESOS CON DIEZ CENTAVOS M/CTE para vigencia 2025 y CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y UN MIL CIENTO ONCE PESOS CON SESENTA Y SIETE CENTAVOS M/CTE (4.131.111,67) para la vigencia futura 2026 ✓
Plazo de ejecución inicial	4 MESES Y 29 DIAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	22/09/2025 ✓
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	20/02/2026 ✓
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	No aplica
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	No aplica
Adiciones	No aplica
Modificatorios	No aplica
Prorrogas	No aplica
Otros	No aplica


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

1.1 Acciones adelantadas:

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

- En atención al objeto contractual, se realizó seguimiento al cumplimiento por parte del contratista mediante verificación al cumplimiento de la macro agenda programada para periodo del presente informe dentro de la cual no se evidencian novedades.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES


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

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	N. 9493959411 14/11/2025

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS


ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO: (transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra)		
Monitorear la gestión del riesgo a pacientes con diagnóstico de patologías prioritarias de alto costo Cáncer en menores de 18 años, VIH SIDA, Hemofilia, enfermedades huérfanas, artritis reumatoide, ERC, DM HTA.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se monitorea pacientes con diagnóstico de patologías de alto costo, para sí llevar un registro en las bases de inventario de la UPRES BOYACA
Asistir a los comités realizados por la institución concerniente a los eventos de enfermedades de la gestión del riesgo de alto costo. .	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se participa activamente en las diferentes reuniones, comités y capacitaciones de manera virtual.
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 <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se Participa activamente en la programación de actividades en conjunto con la líder del proceso para dar a conocer sobre todas las actualizaciones del programa de gestión del riesgo de enfermedades de alto riesgo
Desarrollar y participar en actividades correspondientes al programa de educación en mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En ausencia de la líder de programa, se ejecuta el cargue de indicadores al GEINF.
Cargue mensual de indicadores al GEINF en la ausencia del líder del programa de gestión del riesgo de enfermedades de alto costo.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se apoya con información captada mediante llamadas, seguimiento a historia clínica para la realización de informes mensuales y/o periódicos
Realizar informe ejecutivo mensual de las actividades realizadas en el periodo.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se apoya con información captada mediante llamadas, seguimiento a historia clínica para la realización de informes mensuales y/o periódicos
Diligenciar de manera continua la base de datos de información de pacientes con enfermedades de alto costo	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se lleva bases de seguimiento de usuarios pertenecientes a dichas patologías de alto costo.
Reportar anualmente a la cuenta de alto costo mediante el cargue de información a quien corresponda en las bases de ERC, HTA, DM, VIH SIDA, Hemofilia, Cáncer, Artritis, Enfermedades huérfanas, y las que designe la cuenta de alto costo con la respectiva validación de la información.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se realiza de manera anual, el cargue de base de datos a la cuenta de alto costo con información veraz, actualizada y diligenciada para su respectiva validación.
Realizar el seguimiento y control a los pacientes con enfermedades de alto costo que los requieran.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se lleva control de seguimiento en bases de datos de acuerdo a cada patología.
Participar en actividades colectivas de mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se participa activamente en diferentes actividades de procesos colectivos para el mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad

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

Realizar la demanda inducida a todos los pacientes direccionándolos a las diferentes actividades de mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se realizar la demanda inducida por medio de vía telefónica y presencial dada en las diferentes actividades realizadas por la líder de cada proceso a los pacientes
Participar activamente en la socialización guías de enfermería y medicina.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se participa activamente en capacitaciones de las diferentes actualizaciones del proceso de alto costo.
Orientar a los pacientes de los diferentes servicios que se prestan en la UPRES Boyacá.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se da orientación a usuarios y pacientes pertenecientes al sistema de salud
Realizar actividades de enfermería bajo la supervisión de un jefe de enfermería y llevar registro de los procedimientos realizados.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se ha realizado actividades de enfermería en compañía del jefe de enfermería, con el programa de vacunación con registros diarios y diferentes procedimientos.
Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica de acuerdo a lo establecido en la resolución 1995 del 1999 "por lo cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica".	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se verifican historias clínicas para diferentes actividades administrativas de seguimiento, siguiendo los lineamientos definidos para la custodia.
Realización de informes y cumplimiento requeridos por la UPRES Boyacá según los requerimientos que se hagan.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se apoya con información captada mediante llamadas, seguimiento a historia clínica para la realización de informes mensuales y/o periódicos
Remisión de pacientes de red contratada (referencia y contra referencia).	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se asesora y direcciona a los usuarios y pacientes pertenecientes al programa de alto costo, para realizar tramite con referencia y contra referencia.
Portar el carnet de la institución que lo identifique como contratista de la Unidad Prestadora en Salud Boyacá, en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se portar el carnet de la institución dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o en actividades extramurales realizadas por el proceso.
Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por la Unidad Prestadora en Salud de Boyacá.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se participa activamente en las diferentes reuniones, comités y capacitaciones de manera virtual o presencial según sea el caso, programados por la por la Jefatura
El contratista se compromete a dar cumplimiento en lo pactado en la Macro - Agenda de forma mensual con el fin de no incurrir en incumplimientos y alteraciones de la misionalidad de la Unidad Prestadora de Salud de Boyacá.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se diligencia y se ejecuta Macro - Agenda de las diferentes actividades realizadas mensual, para así no incurrir con el contrato
El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes 5 días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso dicho reporte se debe consignar en el formato de 3SS-FR-0006 reporte de incidentes y eventos adversos.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se diligencia y se ejecuta Macro - Agenda de las diferentes actividades realizadas mensual, para así no incurrir con el contrato.
Las demás que le sean designadas de acuerdo con el área de desempeño por el jefe de la Unidad Prestadora de Salud de Boyacá.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se apoya en diferentes jornadas extramural para la ejecución administrativa y asistencial

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA
Sin Novedades.

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

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han sesenta (60) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, veintinueve (89) días para que finalice el plazo de ejecución.


4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La policía Nacional realizara los pagos al contratista por el tiempo de ejecución del contrato por CUATRO (04) MESES Y (29) DIAS, que se efectuaran 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 SEICIENTOS SESENTAY SIETE PESOS M/CTE (2.478.667,00). 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 04 del presente contrato: los cuales se efectuarán una vez se perfeccione el presente documento y se emita el recibo a satisfacción por cada uno de ellos, por parte del supervisor del contrato. Para efectos del pago, EL CONTRATISTA deberá presentar los documentos correspondientes, con una antelación no inferior a (10) días a la fecha prevista para el mismo, de igual forma teniendo en cuenta la ordenanza 030 del 25 de octubre del 2005. *“POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA LA EMISION DE LA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO DE LA UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA”* Y el comunicado 035 del 26 de agosto del 2022. *“POR MEDIO DE LA CUAL SE DAN ORIENTACIONES PARA LA LIQUIDACION Y PAGO DE LA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC”* el contratista realizara el pago correspondiente por concepto de estampilla liquidando el 1% al valor mensual en el Banco de Bogotá, echo este proceso se generara un código QR que emitirá la respectiva estampilla, el cual será escaneado y verificado por la unidad encargada de la entidad contratante, requisito indispensable como soporte para el pago; su incumplimiento tendrá como efecto la reprogramación presupuestal para el mes siguiente. Así mismo, EL CONTRATISTA deberá relacionar en la respectiva cuenta de cobro, el numero 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	\$ 12.310.712,77	100,0%
Valor total de las entregas	\$ 4.957.334,00	40,3%
Valor total facturado	\$ 4.957.334,00	40,3%
Valor facturado pendiente de pago	\$ 2.478.667,00	20,1%
Valor pagado	\$ 2.478.667,00	20,1%
Valor pendiente de entrega	\$ 7.353.378,77	59,7%

a. 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 02	\$2.478.667,00	del 22/10/2025 al 21/11/2025	\$2.478.667,00	02	\$0	\$0	Pendiente

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

4.2 Entrada de Bienes (*verificar que los bienes hayan ingresado a los estados contables, si aplica*).
No Aplica

5. RECOMENDACIONES

Ninguna


6. CONCLUSIONES

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


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

Atentamente,


CAPITAN CARLOS GUILLERMO AVILA CAMELO
 Jefe Grupo Prestador de Atención en Salud Unidad Prestadora de Salud Boyacá.
 Supervisor de contrato. 95-7-20253-25
 Correo: carlos.avila@correo.policia.gov.co
 Tel: 7458626

Página 1 de 4	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, 22 de noviembre 2025																
Unidad:	Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá																
Tipo de contrato	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de contrato</th> <th>Marque el tipo de contrato</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Orden de compra</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de obra</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de consultoría</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de prestación de servicios</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Contrato de compraventa</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de suministro</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato interadministrativo</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Tipo de contrato	Marque el tipo de contrato	Orden de compra		Contrato de obra		Contrato de consultoría		Contrato de prestación de servicios	X	Contrato de compraventa		Contrato de suministro		Contrato interadministrativo	
Tipo de contrato	Marque el tipo de contrato																
Orden de compra																	
Contrato de obra																	
Contrato de consultoría																	
Contrato de prestación de servicios	X																
Contrato de compraventa																	
Contrato de suministro																	
Contrato interadministrativo																	
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	95-7-20253-25/																
Constancia de recibido No.	02																
Contratista:	SIERRA PULIDO JEIMY JULIETH																
NIT del contratista:	33.368.868																
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA para la unidad prestadora de salud Boyacá																
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA																
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	DOCE MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL SETECIENTOS DOCE PESOS CON SETENTA Y SIETE CENTAVOS M/CTE. (\$ 12.310.712,77) distribuidos de la siguiente manera, (\$8.179.601,10) OCHO MILLONES CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS UN PESOS CON DIEZ CENTAVOS M/CTE para vigencia 2025 y CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y UN MIL CIENTO ONCE PESOS CON SESENTA Y SIETE CENTAVOS M/CTE (\$ 4.131.111,67) para la vigencia futura 2026																
Plazo de ejecución:	22/09/2025 AL 20/02/2026																
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica																
Lugar de ejecución y/o entrega	Calle 21Nª 8-70 Barrio Centro Histórico - 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:	CAPITAN CARLOS GUILLERMO AVILA CAMELO Jefe Grupo Prestador de Atención en Salud																

Página 2 de 4	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		

Fecha de entrega certificada:	22/10/2025 AL 21/11/2025						
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	Auxiliar de Enfermería	\$2.478.667,00	\$2.478.667,00	\$0,00	\$2.478.667,00
Acta de recepción de bienes	No Aplica						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
2	22/11/2025	\$2.478.667,00	\$0,00	\$2.478.667,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		\$2.478.667,00	\$0,00	\$2.478.667,00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería de 8 horas diarias, 44 horas semanales y 190 horas mensuales en la UPRES GUPAS Tunja, de acuerdo a la tabla de honorarios establecida en la resolución 193 de fecha 14 de mayo 2024, 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. 2 correspondiente al periodo del 22 de octubre al 21 de noviembre 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	Monitorear la gestión del riesgo a pacientes con diagnóstico de patologías prioritarias de alto costo Cáncer en menores de 18 años, VIH SIDA, Hemofilia, enfermedades huérfanas, artritis reumatoide, ERC, DM HTA.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se monitorea pacientes con diagnóstico de patologías de alto costo, para sí llevar un registro en las bases de inventario de la UPRES BOYACA
2	Asistir a los comités realizados por la institución concerniente a los eventos de enfermedades de la gestión del riesgo de alto costo.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se participa activamente en las diferentes reuniones, comités y capacitaciones de manera virtual.
3	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 <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se Participa activamente en la programación de actividades en conjunto con la líder del proceso para dar a conocer sobre todas las actualizaciones del programa de gestión del riesgo de enfermedades de alto riesgo
4	Cargue mensual de indicadores al GEINF en la ausencia del líder del programa de gestión del riesgo de enfermedades de alto costo.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En ausencia de la líder de programa, se ejecuta el cargue de indicadores al GEINF.

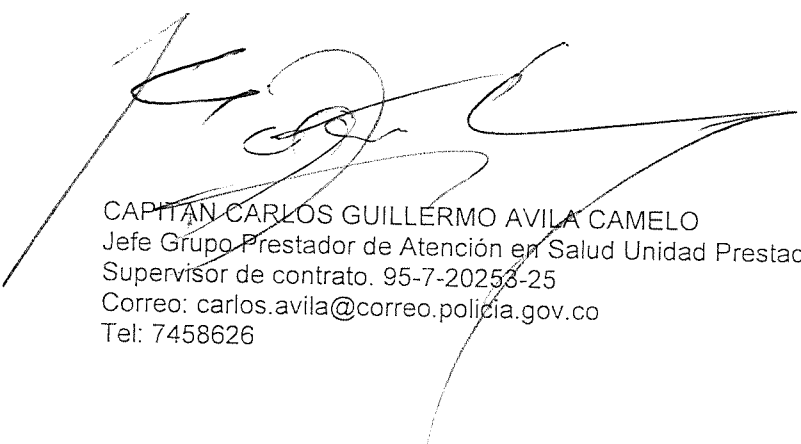


5	Realizar informe ejecutivo mensual de las actividades realizadas en el periodo.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se apoya con información captada mediante llamadas, seguimiento a historia clínica para la realización de informes mensuales y/o periódicos
6	Realizar informe ejecutivo mensual de las actividades realizadas en el periodo.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se apoya con información captada mediante llamadas, seguimiento a historia clínica para la realización de informes mensuales y/o periódicos
7	Diligenciar de manera continua la base de datos de información de pacientes con enfermedades de alto costo.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se lleva bases de seguimiento de usuarios pertenecientes a dichas patologías de alto costo.
8	Reportar anualmente a la cuenta de alto costo mediante el cargue de información a quien corresponda en las bases de ERC, HTA, DM, VIH SIDA, Hemofilia, Cáncer, Artritis, Enfermedades huérfanas, y las que designe la cuenta de alto costo con la respectiva validación de la información.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se realiza de manera anual, el cargue de base de datos a la cuenta de alto costo con información veraz, actualizada y diligenciada para su respectiva validación.
9	Realizar el seguimiento y control a los pacientes con enfermedades de alto costo que los requieran	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se lleva control de seguimiento en bases de datos de acuerdo a cada patología.
10	Participar en actividades colectivas de mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se participa activamente en diferentes actividades de procesos colectivos para el mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad
11	Realizar la demanda inducida a todos los pacientes direccionándolos a las diferentes actividades de mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se realizar la demanda inducida por medio de vía telefónica y presencial dada en las diferentes actividades realizadas por la líder de cada proceso a los pacientes
12	Participar activamente en la socialización guías de enfermería y medicina.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se participa activamente en capacitaciones de las diferentes actualizaciones del proceso de alto costo.
13	Orientar a los pacientes de los diferentes servicios que se prestan en la UPRES Boyacá.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se da orientación a usuarios y pacientes pertenecientes al sistema de salud
14	Realizar actividades de enfermería bajo la supervisión de un jefe de enfermería y llevar registro de los procedimientos realizados.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se ha realizado actividades de enfermería en compañía del jefe de enfermería, con el programa de vacunación con registros diarios y diferentes procedimientos.
15	Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica de acuerdo a lo establecido en la resolución 1995 del 1999 "por lo cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica".	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se verifican historias clínicas para diferentes actividades administrativas de seguimiento, siguiendo los lineamientos definidos para la custodia.
16	Realización de informes y cumplimiento requeridos por la UPRES Boyacá según los requerimientos que se hagan.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se apoya con información captada mediante llamadas, seguimiento a historia clínica para la realización de informes mensuales y/o periódicos
17	Remisión de pacientes de red contratada (referencia y contra referencia).	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se asesora y direcciona a los usuarios y pacientes pertenecientes al programa de alto costo, para realizar tramite con referencia y contra referencia.
18	Portar el carnet de la institución que lo identifique como contratista de la Unidad Prestadora en Salud Boyacá, en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se portar el carnet de la institución dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o en actividades extramurales realizadas por el proceso.



19	Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por la Unidad Prestadora en Salud de Boyacá.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se participa activamente en las diferentes reuniones, comités y capacitaciones de manera virtual o presencial según sea el caso, programados por la por la Jefatura
20	El contratista se compromete a dar cumplimiento en lo pactado en la macro-agenda de forma mensual con el fin de no incurrir en incumplimientos y alteraciones de la misionalidad de la Unidad Prestadora de Salud de Boyacá.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se diligencia y se ejecuta macro-agenda de las diferentes actividades realizadas mensual, para así no incurrir con el contrato.
21	Las demás que le asignan de acuerdo con el área de desempeño por el jefe de la unidad prestadora de salud Boyacá.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se apoya en diferentes jornadas extramurales para la ejecución administrativa y asistencial según sea el caso
22	Pago aportes parafiscales vigentes	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	N° 949395941114/11/2025
23	Aporte apoyo ordenanza No. 030	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estampillas \$25.000,00

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


 CAPITAN CARLOS GUILLERMO AVILA CAMELO
 Jefe Grupo Prestador de Atención en Salud Unidad Prestadora de Salud Boyacá.
 Supervisor de contrato. 95-7-20253-25
 Correo: carlos.avila@correo.policia.gov.co
 Tel: 7458626

CUENTA DE COBRO No. 02

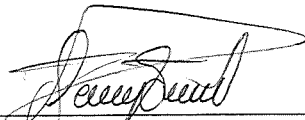
Tunja, 22 de noviembre del 2025

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

JEIMY JULIETH SIERRA PULIDO identificada con Cédula de Ciudadanía No. 33.368.868 Expedida en Tunja (Boyacá), la suma de \$2.478.667,00 por concepto de las actividades desempeñadas desde el 22 octubre al 21 de noviembre del año 2025, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 95-7-20253-25 suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá para prestar mis servicios y de apoyo a la gestión como Técnico Auxiliar de Enfermería.

Favor consignar en la cuenta de ahorros No. 488403377036 del Banco DAVIVIENDA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,



JEIMY JULIETH SIERRA PULIDO

C.C.33.368.868 Expedida en Tunja (Boyacá)

Teléfono: 3222009182

Email: jeimy.sierra@correo.policia.gov.co

Tunja, 22 de noviembre del 2025


Señores:

Policía Metropolitana de Tunja
Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá
Tunja.

Respetados señores;

Yo, **JEIMY JULIETH SIERRA PULIDO** identificada con cédula de ciudadanía No. 33.368.868 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 el Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá, además mi condición es de **NO DECLARANTE** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,



JEIMY JULIETH SIERRA PULIDO

C.C.33.368.868 Expedida en Tunja (Boyacá)

Teléfono: 3222009182

Email: jeimy.sierra@coreo.policia.gov.co

Tunja, 22 noviembre del 2025

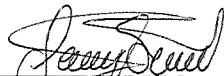
Señores:
Policía Metropolitana de Tunja
Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá
Tunja.

Respetados señores;

Yo, **JEIMY JULIETH SIERRA PULIDO** en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía 33.368.868 Expedida en Tunja (Boyaca), ara 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. **95-7-20253-25** suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA 9493959411
HONORARIOS MENSUALES	2.478.667,00	2.478.667,00
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	14.900,00
RIESGO III 2,436%	34.700,00	0,00
RIESGO V 6,960%	99.100,00	0,00

Cordialmente,



JEIMY JULIETH SIERRA PULIDO
C.C. 33.368.868 Expedida en Tunja (Boyaca)
Teléfono 3222009182
Email: jeimy.sierra@correo.policia.gov.co

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 33368868		SIERRA PULIDO JEMMY JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagonal 17#17-47	TUNJA-BOYACA	7400000		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo		Fecha		Pago		Valor	
2025-10	1928659417	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora		\$420,700
		9492959411	1	2025/11/19	2025/11/14	BANCO DAVIVIENDA	0		


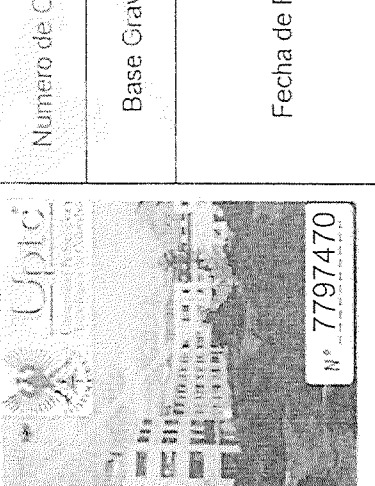
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Hombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte
1	CC 33368868	SIERRA JEMMY	2033D1	30	\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$227,800
Total Afiliados(1)									\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$227,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante
CC 3338866		SIERRA PULIDO JERMY JULIETH	INDEPENDIENTE
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Suursal Principal		Direccion	
PRINCIPAL		Diagonal 17#17-47	
Ciudad-Departamento		Telefono	
TUJUA-BOYACA		7400000	
Exonerado SENA e ICBF		Ho	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Periodo	Clave	Tipo	Fecha
Pensión	Pago	Planilla	Limite
2025-10	1928659417	1	2025/11/19
Pago		Banco	
		2025/11/14 BANCO DAVIVIENDA	
Dias Mora		Valor	
0		\$420,700	

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDAD	INTERES MORA	SALDO E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$14,900	\$0	\$0	\$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$420,700	\$0	\$0	\$420,700

	<p>UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA</p> <p>ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC ORDENANZA 030 DE 2005</p>	<p>ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD</p> <p>MULTI CALAMPU S</p> <p>RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS</p>
<p>Número Estampilla</p>		<p>7797470</p>
<p>Contratista:</p>	<p>JEIMY JULIETH SIERRA PULIDO ✓</p>	
<p>C.C. / Nit / Identificación Contratista:</p>	<p>33368868</p>	
<p>Objeto del Contrato</p>	<p>Prestación servicios y de apoyo a la gestión como Técnico Auxiliar de Enfermería. ✓</p>	
<p>Contratante:</p>	<p>POLMETUN - 900801209 /NIT</p>	
	<p>Numero de Contrato:</p>	<p>9572025325 ✓</p>
<p>Base Gravable</p>	<p>\$2.478.667 ✓</p>	<p>Vigencia:</p> <p>2025 ✓</p>
<p>Fecha de Pago:</p>	<p>14/11/2025 ✓</p>	<p>Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato</p> <p>\$ 25,000.00 ✓</p>
<p>PBX (57) 8 7405626 / 7436208</p>		<p>www.uptc.edu.co</p>
<p>En caso de consulta: e-mail cartera_estampillas@uptc.edu.co</p>		<p>Carrera 6 No. 39-115 Av. Central de Norte Tunja-Boyacá</p>





Uptc
Universidad Pedagógica y
Tecnológica de Colombia

ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL
DE ALTA CALIDAD
MULTI CAMPO
COMPLIANDO CON LOS REQUISITOS Y ESTÁNDARES

COMPROBANTE

Transacción Realizada en

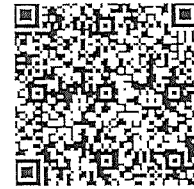
UPTC - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

NIT 8918003301

APROBADA

\$ 25,000.00

Total Pagado



Escane y Verifica
este pago

Resumen del Pago

Usuario Pagador: 33368868
Correo Usuario Pagador : juliethsierra78@gmail.com
Descripción del Pago: 100000194 - Estampilla Pro-UPTC
Dirección IP: 190.255.40.74
Fecha y Hora 14/11/2025
01:35:08-p.m.

Resumen Medios de Pago

No. Transacción eCollect	No. Autorización/CUS	Medio de Pago	Valor Pagado
150429328	1928695359 APROBADA	BANCO DAVIVIENDA	\$ 25,000.00

‡

‡



Uptc
Universidad Pedagógica
Tecnológica de Colombia

ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL
DE ALTA CALIDAD
2013-2015

NIT

8918003301

Razón Social

UPTC - UNIVERSIDAD
PEDAGÓGICA Y
TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

No. Transacción eCollect

150429328

Fecha y Hora

14/11/2025
01:35:08-p.m.

Resumen Servicio

Descripción	Cantidad	Valor Pagado	Valor Servicio
100000194 - Estampilla Pro-UPTC	1	\$ 25,000.00	COP \$ 25,000.00

Referencias

Tipo de Documento

C.C

Numero Identificación Contratista

33368868

Nombre Contratista

JEIMY JULIETH SIERRA PULIDO

Numero Identificación Contratante

Nombre Contratante

POLMETUN - 900801209

Numero de Contrato

9572025325

Vigencia

2025

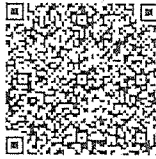
Base Gravable

2.478.667

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

141157836046



(415)7707212489984(8020) 000014115783604 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional 14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente 25. Tipo de documento 26. Número de identificación

Lugar de expedición 28. País 29. Departamento 30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido 32. Segundo apellido 33. Primer nombre 34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País 39. Departamento 40. Ciudad/Municipio

41. Dirección principal

42. Correo electrónico

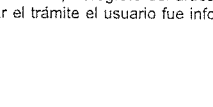
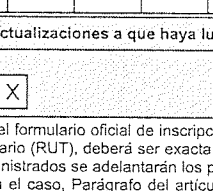
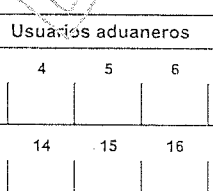
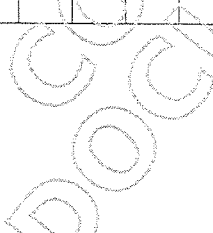
43. Código postal 44. Teléfono 1 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación		
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	52. Número establecimientos
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1		
<input type="text" value="8692"/>	<input type="text" value="20070507"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código



Usuarios aduaneros										Exportadores				
54. Código										55. Forma	56. Tipo	Servicio		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

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 60. No. de Folios:

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 SIERRA PULIDO JEIMY JULIETH
985. Cargo CONTRIBUYENTE

