


Página 1 de 7	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5 2400654268		

No. GS-2025- - DEBOY 20.1

Tunja, 23 de diciembre del 2025

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

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato No. **95-7-20294-25**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X FINAL

Periodo del informe de supervisión

Desde	01/12/2025	Hasta	22/12/2025
--------------	-------------------	--------------	-------------------

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-2025-211849DEBOY/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, nombró como supervisor (a) del contrato del asunto al señor (a) Subintendente **MARIA ESTHER FONSECA RIPE** Responsable Integración de la Microred.

Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: MENSUAL

No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: dos (2)

1. Informe de supervisión del periodo comprendido 01/10/2025 al 31/10/2025 mediante comunicado oficial GS-2025-236205-DEBOY.

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

2. Informe de supervisión del periodo comprendido 01/11/2025 al 30/11/2025 mediante comunicado oficial GS-2025-261866-DEBOY.


Información del contrato.

Contrato No. / Orden de compra No.	95-7-20294-25
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	Prestación de Servicios Profesionales Medico General, para la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá ESPCO CLINICA TUNJA.
Contratista	ALBA ROCIO MUÑOZ GONZALEZ
Representante legal	No Aplica
Valor inicial del contrato u orden de compra	VEINTITRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. (\$23.680,800,00)
Valor adiciones del contrato u orden de compra	No Aplica
Valor total del contrato u orden de compra	VEINTITRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. (\$23.680.800,00) distribuidos de la siguiente manera, CATORCE MILLONES DOSCIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE (\$14,208.480,00) para vigencia 2025 y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE (\$9.472.320,00) para vigencia 2026
Plazo de ejecución inicial	CINCO (05) MESES
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	01/10/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	28/02/2026
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.

Página 3 de 7	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5		

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

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA


OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social, parafiscales, (cajas de compensación familiar, SEN E/ICBF)	SI	No. 7995860656 15/12/2025 /

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)		
1) 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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cumplió 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
2) 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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Valoro 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
3) Ejecutar tratamientos de Medicina General responsablemente, interactuando de forma permanente con la familia y/o cuidador del paciente, para mantenerlos informados sobre el estado de salud.	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ejecuto tratamientos de Medicina General responsablemente, interactuando de forma permanente con la familia y/o cuidador del paciente, para mantenerlos informados sobre el estado de salud.
4) 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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Participo 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.
5) 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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Reviso y ejecuto 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
6) 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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Superviso y/o realizo los procedimientos de limpieza y desinfección de los elementos utilizados en las actividades diarias del servicio realizada por el personal a cargo.
7) 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	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Participo 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

Página 4 de 7	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS		 POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019			
Fecha: 12-03-2021	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA		
Versión: 5			
actualizado, para un óptimo desempeño de sus funciones		personal a cargo actualizado, para un óptimo desempeño de sus funciones	
8) Realizar el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Realizo el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud	
9) Llevar los registros en la historia clínica del paciente de forma completa, suficiente y oportuna.	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Llevo los registros en la historia clínica del paciente de forma completa, suficiente y oportuna.	
10) 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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cumplió 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	
11) Aplicar el proceso de archivo teniendo en cuenta la Ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Aplico el proceso de archivo teniendo en cuenta la Ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo	
12) 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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cumplió con tareas asignadas 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	
13) Realizar el registro cronológico de las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados, diligenciando la historia clínica del paciente de manera completa y elaborar epicrisis cuando se requieran, aplicando los derechos de los pacientes.	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Realizo el registro cronológico de las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados, diligenciando la historia clínica del paciente de manera completa y elaborar epicrisis cuando se requieran, aplicando los derechos de los pacientes.	
14) Practicar exámenes de medicina general, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que deba seguirse	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Practico exámenes de medicina general, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que deba seguirse	
15) Coordinar, controlar y evaluar el desarrollo de actividades relacionadas con el apoyo diagnóstico y terapéutico	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Coordino, controlo y evalué el desarrollo de actividades relacionadas con el apoyo diagnóstico y terapéutico	
16) Realizar la notificación semanal o inmediata de las enfermedades de notificación obligatoria de sus actividades médicas según los lineamientos del sistema de Vigilancia Epidemiológica a la Unidad correspondiente	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Realizo la notificación semanal o inmediata de las enfermedades de notificación obligatoria de sus actividades médicas según los lineamientos del sistema de Vigilancia Epidemiológica a la Unidad correspondiente	
17) Asistencia y participación en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) municipal e institucional.	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Asistió y participo en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) municipal e institucional.	
18) Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población.	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Realizo vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población.	
19) Realizar remisión de pacientes a los diferentes niveles de atención, de acuerdo a las normas establecidas para el sistema de remisión, referencia y contrarreferencia y dejar registro en la historia clínica del proceso realizado.	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Realizo remisión de pacientes a los diferentes niveles de atención, de acuerdo a las normas establecidas para el sistema de remisión, referencia y contrarreferencia y dejar registro en la historia clínica del proceso realizado.	

Página 5 de 7	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021		
Versión: 5		
INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA		
20) Asegurar la prestación de los servicios de salud de conformidad con los lineamientos que determine el modelo de atención en salud para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Aseguro la prestación de los servicios de salud de conformidad con los lineamientos que determine el modelo de atención en salud para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional
21) Realizar interconsulta y remitir pacientes a médicos especialistas cuando sea pertinente según el estado de salud del paciente.	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Realizo interconsulta y remitir pacientes a médicos especialistas cuando sea pertinente según el estado de salud del paciente.
22) Integrar el equipo interdisciplinario de atención en salud, estableciendo y manteniendo las relaciones de coordinación necesarias, con el fin de ofrecer atención integral al paciente.	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Integro el equipo interdisciplinario de atención en salud, estableciendo y manteniendo las relaciones de coordinación necesarias, con el fin de ofrecer atención integral al paciente.
23) Educar al paciente en autocuidado, hábitos de vida saludable y prevención de la enfermedad	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Educo al paciente en autocuidado, hábitos de vida saludable y prevención de la enfermedad
24) Recolectar y reportar la cinco primeros días de cada mes, a la Unidad Prestadora de Salud Boyacá al correo disan.upres-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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Recolecto y reportar la cinco primeros días de cada mes, a la Unidad Prestadora de Salud Boyacá al correo disan.upres-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.
25) 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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Porto 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.
26) Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por la UPRES Boyacá.	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Asistió a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por la UPRES Boyacá.
27) El contratista se compromete a dar cumplimiento en lo pactado en la macro agenda de forma mensual con el fin de no incurrir en incumplimientos y alteraciones en la misionalidad de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	El contratista dio cumplimiento en lo pactado en la macro agenda de forma mensual con el fin de no incurrir en incumplimientos y alteraciones en la misionalidad de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá
28) Las demás que le sean asignadas por el supervisor y/o jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá y que tengan relación con la naturaleza del objeto contractual	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cumplió con las tareas asignadas por el supervisor y/o jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá y que tengan relación con la naturaleza del objeto contractual
29) Horas de Prestación de Servicios OCHO (6) HORAS DIARIAS, CUARENTA Y CUATRO (33) HORAS SEMANALES, CIENTO NOVENTA HORAS (143) MENSUALES de acuerdo a la Resolución No 193 en su Artículo 4. Nota: las obligaciones generales del contratista y las de la Policía Nacional se encuentran en los Anexos del estudio previo.	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cumplió con las horas de Prestación de Servicios OCHO (6) HORAS DIARIAS, CUARENTA Y CUATRO (33) HORAS SEMANALES, CIENTO NOVENTA HORAS (143) MENSUALES de acuerdo a la Resolución No 193 en su Artículo 4. Nota: las obligaciones generales del contratista y las de la Policía Nacional se encuentran en los Anexos del estudio previo

Página 6 de 7	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5		

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido treinta (32) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando ciento veinte (60) días para que finalice el plazo de ejecución.


4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Policía Nacional realizará los pagos de manera mensual al contratista por el tiempo de ejecución del contrato **CINCO (05) MESES**, el pago se efectuará dentro de los quince (15) días teniendo como referencia la fecha de la cuenta de cobro presentada por la contratista para el cobro de sus honorarios durante la vigencia del contrato teniendo en cuenta la fecha registrada en la carta de inicio de ejecución del contrato. Cada pago del presente contrato se efectuará en mensualidades vencidas de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC) por un valor de **CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CIENTO SESENTA PESOS M/CTE (\$4.736.160,00)**. De acuerdo a la Resolución No 193 del 14/05/2024 "Por la cual se fijan requisitos mínimos y honorarios para los 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 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. De igual forma teniendo en cuenta la Ordenanza 030 del 25 de octubre del 2005 "POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA LA EMISIÓN DE LA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO DE LA UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA" 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". LA CONTRATISTA realizará el pago correspondiente por concepto de estampilla liquidando el 1% al valor mensual en el Banco de Bogotá, echo este proceso se generará 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	\$ 23.680.800,00	100,0%
Valor total de las entregas	\$12.945.504,00	54,7%
Valor total facturado	\$12.945.504,00	54,7%
Valor facturado pendiente de pago	\$ 3.473.184,00	14,7%
Valor pagado	\$9.472.320,00	40,0%
Valor pendiente de entrega	\$10.735.296,00	45,3%

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

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 Factura do	No. factura	Valor Pagado	Valor Deducciones	No. orden de pago
Cuenta No. 03 ✓	\$ 3.473.184,00 ✓	Del 01/12/2025 al 22/12/2025 ✓	\$ 3.473.184,00 ✓	3 ✓	\$0,00	\$0,00	Pendiente

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

No Aplica

5. RECOMENDACIONES

De acuerdo al módulo de contratación MCT, se ajustan las fechas de entrega del informe de supervisión, para dar la prioridad de acuerdo a la fecha de inicio del contrato.

6. CONCLUSIONES

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

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	SI <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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 MARIA ESTHER FONSECA RIPE
Responsable integración de la Microred
Supervisor de contrato 95-7-20294-25 ✓
Correo: maria.fonseca3188@correo.polivia.gov.co

Código: 2BS-FR-0045

Fecha: 12-03-2021

Versión: 3

CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS



POLICÍA NACIONAL

Ciudad y fecha:	Tunja, 23 de diciembre del 2025																	
Unidad:	Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Tipo B 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.	95-7-20294-25																	
Constancia de recibido No.	03																	
Contratista:	ALBA ROCIO MUÑOZ GONZALEZ																	
NIT del contratista:	40.029.839																	
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	Prestación de Servicios Profesionales Medico General, para la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá ESPCO CLINICA TUNJA.																	
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:	VEINTITRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. (\$23.680.800,00) distribuidos de la siguiente manera, CATORCE MILLONES DOSCIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE (\$14.208.480,00) para vigencia 2025 y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE (\$9.472.320,00) para vigencia 2026																	
Plazo de ejecución:	01/10/2025 al 28/02/2025																	
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 <u>NO</u> X	No Aplica																	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente MARIA ESTHER FONSECA RIPE Responsable integración de la Microred																	

Código: 2BS-FR-0045

PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS

Fecha: 12-03-2021

Versión: 3

CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS



POLICÍA NACIONAL

Fecha de entrega certificada:	01/12/2025 AL 22/12/2025						
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025		Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
	UPRES BOYACA	16	Médico General	\$3.473.184,00	\$3.473.184,00	\$0,00	\$3.473.184,00
Acta de recepción de bienes	No Aplica						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
Factura No 03	23/12/2025	\$3.473.184,00	\$0	\$3.473.184,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		\$3.473.184,00	\$0	\$3.473.184,00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como MEDICO GENERAL de 08 horas diarias, 44 horas semanales y 190 horas mensuales en la UPRES BOYACÁ, de acuerdo a la tabla de honorarios establecida en la resolución 193 de fecha del 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. 03 correspondiente al periodo del 01 de diciembre al 22 de diciembre del 2025.

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

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	CUMPLIO	OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS
1	Cumplir con 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 —	Cumplió 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
2	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 —	Valoró 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
3	Ejecutar tratamientos de Medicina General responsablemente, interactuando de forma permanente con la familia y/o cuidador del paciente, para mantenerlos informados sobre el estado de salud.	SI X NO —	Ejecuto tratamientos de Medicina General responsablemente, interactuando de forma permanente con la familia y/o cuidador del paciente, para mantenerlos informados sobre el estado de salud.
4	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 —	Participo 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
5	Revisar y ejecutar órdenes médicas de las historias clínicas con sus respectivas recomendaciones de	SI X NO —	Reviso y ejecuto órdenes médicas de las historias clínicas con sus respectivas

Código: 2BS-FR-0045

Fecha: 12-03-2021

Versión: 3

CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS



POLICÍA NACIONAL

	todos los pacientes a su cargo en el servicio asignado, con el fin de prestar un óptimo servicio		recomendaciones de todos los pacientes a su cargo en el servicio asignado, con el fin de prestar un óptimo servicio
6	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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Realizo los procedimientos de limpieza y desinfección de los elementos utilizados en las actividades diarias del servicio realizada por el personal a cargo
7	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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Participo 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
8	Realizar el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Realizo el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud
9	Llevar los registros en la historia clínica del paciente de forma completa, suficiente y oportuna.	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Llevo los registros en la historia clínica del paciente de forma completa, suficiente y oportuna.
10	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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cumplió 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
11	Aplicar el proceso de archivo teniendo en cuenta la Ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Aplico el proceso de archivo teniendo en cuenta la Ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo
12	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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cumplió con las tareas 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
13	Realizar el registro cronológico de las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados, diligenciando la historia clínica del paciente de manera completa y elaborar epicrisis cuando se requieran, aplicando los derechos de los pacientes.	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Realizo el registro cronológico de las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados, diligenciando la historia clínica del paciente de manera completa y elaborar epicrisis cuando se requieran, aplicando los derechos de los pacientes.
14	Practicar exámenes de medicina general, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que deba seguirse	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Practico exámenes de medicina general, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que deba seguirse
15	Coordinar, controlar y evaluar el desarrollo de actividades relacionadas con el apoyo diagnóstico y terapéutico	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Coordino, controlo y evaluo el desarrollo de actividades relacionadas con el apoyo diagnóstico y terapéutico
16	Realizar la notificación semanal o inmediata de las enfermedades de notificación obligatoria de sus actividades médicas según los lineamientos del sistema de Vigilancia Epidemiológica a la Unidad correspondiente	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Realizo la notificación semanal o inmediata de las enfermedades de notificación obligatoria de sus actividades médicas según los lineamientos del sistema de Vigilancia Epidemiológica a la Unidad correspondiente

Código: 2BS-FR-0045

Fecha: 12-03-2021

Versión: 3

CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS



POLICÍA NACIONAL

17	Asistencia y participación en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) municipal e institucional.	SI <u>X</u> NO	Asistió y participo en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) municipal e institucional.
18	Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población	SI <u>X</u> NO	Realizo vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población
19	Realizar remisión de pacientes a los diferentes niveles de atención, de acuerdo a las normas establecidas para el sistema de remisión, referencia y contrarreferencia y dejar registro en la historia clínica del proceso realizado.	SI <u>X</u> NO	Realizo remisión de pacientes a los diferentes niveles de atención, de acuerdo a las normas establecidas para el sistema de remisión, referencia y contrarreferencia y dejar registro en la historia clínica del proceso realizado.
20	Asegurar la prestación de los servicios de salud de conformidad con los lineamientos que determine el modelo de atención en salud para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.	SI <u>X</u> NO	Aseguro la prestación de los servicios de salud de conformidad con los lineamientos que determine el modelo de atención en salud para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional
21	Realizar interconsulta y remitir pacientes a médicos especialistas cuando sea pertinente según el estado de salud del paciente.	SI <u>X</u> NO	Realizo interconsulta y remitir pacientes a médicos especialistas cuando sea pertinente según el estado de salud del paciente.
22	Integrar el equipo interdisciplinario de atención en salud, estableciendo y manteniendo las relaciones de coordinación necesarias, con el fin de ofrecer atención integral al paciente.	SI <u>X</u> NO	Integro al equipo interdisciplinario de atención en salud, estableciendo y manteniendo las relaciones de coordinación necesarias, con el fin de ofrecer atención integral al paciente.
23	Educar al paciente en autocuidado, hábitos de vida saludable y prevención de la enfermedad	SI <u>X</u> NO	Educo al paciente en autocuidado, hábitos de vida saludable y prevención de la enfermedad
24	Recolectar y reportar la cinco primeros días de cada mes, a la Unidad Prestadora de Salud Boyacá al correo disan.upres-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 <u>X</u> NO	Recolecto y reporto la cinco primeros días de cada mes, a la Unidad Prestadora de Salud Boyacá al correo disan.upres-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.
25	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 <u>X</u> NO	Porto 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.
26	Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por la UPRES Boyacá.	SI <u>X</u> NO	Asistió a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por la UPRES Boyacá
27	El contratista se compromete a dar cumplimiento en lo pactado en la macro agenda de forma mensual con el fin de no incurrir en incumplimientos y alteraciones en la misionalidad de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá	SI <u>X</u> NO	Dio cumplimiento en lo pactado en la macro agenda de forma mensual con el fin de no incurrir en incumplimientos y alteraciones en la misionalidad de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá
28	Las demás que le sean asignadas por el supervisor y/o jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá y que tengan relación con la naturaleza del objeto contractual	SI <u>X</u> NO	Cumplió con las tareas asignadas por el supervisor y/o jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá y que tengan relación con la naturaleza del objeto contractual
29	horas de Prestación de Servicios OCHO (6) HORAS DIARIAS, CUARENTA Y CUATRO (33)	SI <u>X</u> NO	horas de Prestación de Servicios OCHO (6) HORAS DIARIAS, CUARENTA Y

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



	HORAS SEMANALES, CIENTO NOVENTA HORAS (143) MENSUALES de acuerdo a la Resolución No 193 en su Artículo 4. Nota: las obligaciones generales del contratista y las de la Policía Nacional se encuentran en los Anexos del estudio previo		CUATRO (33) HORAS SEMANALES, CIENTO NOVENTA HORAS (143) MENSUALES de acuerdo a la Resolución No 193 en su Artículo 4. Nota: las obligaciones generales del contratista y las de la Policía Nacional se encuentran en los Anexos del estudio previo
30	Pago aportes parafiscales vigentes	SI X NO	No. 7995860656 2025/12/15
31	Aporte apoyo ordenanza No. 030	SI X NO	\$35.000,00 /

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 pago

Subintendente MARIA ESTHER FONSECA RIPE
Responsable Integración de la Microred

CUENTA DE COBRO No. 03

Tunja, 23 de diciembre del 2025 /

POLICÍA METROPOLITANA DE TUNJA
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACÁ

DEBE A:

ALBA ROCIO MUÑOZ GONZALEZ Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 40.029.839 Expedida en Tunja, la suma de \$ 3.473.184,00 por concepto de las actividades desempeñadas desde el 1 de diciembre al 22 de diciembre del 2025 de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 95-7-20294-25 suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad prestadora de salud Boyacá para prestar mis servicios como MEDICO GENERAL.

Favor consignar en la cuenta de ahorros BANCOLOMBIA No 16759444322 de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,



ALBA ROCIO MUÑOZ GONZALEZ

CC 40.029.839 De Tunja

CEL 3115289358

CORREO: rocimugo23@gmail.com

Tunja, 23 de diciembre del 2025


Señores:

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

Respetados señores;

Yo, ALBA ROCIO MUÑOZ GONZALEZ identificada con cédula de ciudadanía No. 40.029.839 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 Boyacá, además mi condición es de DECLARANTE del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,



ALBA ROCIO MUÑOZ GONZALEZ
CC 40.029.839 De Tunja
CEL 3115289358
CORREO: rocimugo23@gmail.com

Tunja, 23 de diciembre del 2025

Señores:


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

Respetados señores;

Yo, ALBA ROCIO MUÑOZ GONZALEZ en calidad de contratista identificada con cedula de ciudadanía 40.029.839 Expedida en Tunja (Boyaca), para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1° del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos profesionales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (Salud 12,5%, Pensión 16% y riesgos profesionales para riesgo II el 1,044%, riesgo III el 2,436%, riesgo V 6,960%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, correspondientes a los ingresos provenientes del contrato No. 95-7-20294-25 suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA No. 7995860656
HONORARIOS MENSUALES	3.473.184,00	3.473.184,00
BASE COTIZACIÓN 40%	1.423.500,00	1.894.464,00
APORTE SALUD 12,5%	177.900,00	237.700,00
APORTE PENSION 16%	227.800,00	304.200,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
RIESGO II 1,044%	14.900,00	0,00
RIESGO III 2,436%	34.700,00	46.400,00
RIESGO V 6,960%	99.100,00	0,00

Cordialmente,


ALBA ROCIO MUÑOZ GONZALEZ
C.C. 40.029.839 Expedida en Tunja (Boyaca)
Teléfono 3115289358
Email: rocimugo23@gmail.com



COMPROBANTE

Transacción Realizada en

UPTC - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

NIT 8918003301

APROBADA

\$ 35,000.00

Total Pagado



Escane y Verifica
este pago

Resumen del Pago

Usuario Pagador: 40029839
 Correo Usuario Pagador : rocimugo23@gmail.com
 Descripción del Pago: 100000194 - Estampilla Pro-UPTC
 Dirección IP: 189.203.88.100
 Fecha y Hora 15/12/2025
 11:13:55-a.m.

Resumen Medios de Pago

Nro. Transacción ecoclect	No. Autorización/CUS	Medio de Pago	Valor Pagado
152226011	2008865878 APROBADA	BANCOLOMBIA	\$ 35,000.00/



Upte

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

CERTIFICACION INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

NIT	Razón Social	Nro. Transacción ecollect	Fecha y Hora
8918003301	UPTC - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA	152226011	15/12/2025 11:13:55-a.m.

Resumen Servicio

Descripción	Cantidad	Valor Pagado	Valor Servicio
100000194 - Estampilla Pro-UPTC	1	\$ 35,000.00	COP \$ 35,000.00

Referencias

Tipo de Documento	Numero Identificación Contratista
C.C	40029839
Nombre Contratista	Numero Identificación Contratante
ALBA ROCIO MUÑOZ GONZALEZ	
Nombre Contratante	Numero de Contrato
POLMETUN - 900801209	9572029425
Vigencia	Base Gravable
2025	3473184

 <p>Uptc Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia</p>	<p>UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA</p> <p>ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC ORDENANZA 030 DE 2005</p>	<p>ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD MULTICAMPUS RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS</p>		
<p>Número Estampilla</p>		<p>7811880</p>		
<p>Contratista:</p>	<p>ALBA ROCIO MUÑOZ GONZALEZ</p>			
<p>C.C. / Nit / Identificación Contratista:</p>	<p>40029839</p>			
<p>Objeto del Contrato</p>	<p>PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO MEDICO GENERAL, PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA ESPCO CLINICA TUNJA</p>			
<p>Contratante:</p>	<p>POLMETUN - 900801209 /NIT</p>			
 <p>N° 7811880</p>	<p>Numero de Contrato:</p>	<p>9572029425 ✓</p>	<p>Vigencia: 2025</p>	
	<p>Base Gravable</p>	<p>\$3473184 ✓</p>	<p>Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato</p>	<p>\$ 35,000.00 ✓</p>
	<p>Fecha de Pago:</p>	<p>15/12/2025 ✓</p> 		
<p>PBX (57) 8 7405626 / 7435208</p>		<p>www.uptc.edu.co</p>	<p>Carrera 6 No. 39-115 Av. Central de Norte Tunja-Boyacá</p>	
<p>En caso de consulta: e-mail cartera_estampillas@uptc.edu.co</p>				

