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

Radicado GEPOL No. **GS-2026- 185759 - DEBOY**

Grado

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta

Cargo del funcionario

TURNO No.

No. SISCO:	**PR-DEBOY-0200-26**	**No. REGISTRO QUIPU :**	
No. CONTRATO:	**95-7-20162-26**	**FECHA DE RECIBIDO :**	
VALOR PAGO:	**$ 6.630.630,00**	**NUMERO DE RADICADO SIIF:**	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :		**CONTRATISTA:**	**AURA CLEMENCIA MUÑOZ GONZALEZ**
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	**3**	**NIT DEL CONTRATISTA:**	**40.042.590**

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO — SI ____ NO **X**

2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO — SI ____ NO **X**

3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO — SI ____ NO **X**

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

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP)

5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) ☐

6. FACTURA ORIGINAL: **N/A**

7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: No.60280856566 - 31/07/2026 ☐

8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: **N/A**

8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN): **N/A**

9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP ☐

10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP ☐

11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. **N/A**

12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP **N/A**

13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP. **N/A**

14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTICULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, ☐

OBSERVACIONES : **NUMERO SIIF** **NUMERO QUIPU**

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF — SI X NO ____

FIRMA

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITA LA CUENTA) — PATRULLERA ANDREA PUIN

CARGO Y UNIDAD — CENTRAL DE CUENTAS UPRES BOYACA

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

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

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

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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

Ciudad y fecha:	Tunja, 04 de agosto del 2026
Unidad:	Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá – Metropolitana de Tunja
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	95-7-20162-26
Constancia de recibido No.	3
Contratista:	AURA CLEMENCIA MUÑOZ GONZALEZ
NIT del contratista:	40.042.590
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	Prestación de Servicios Profesionales como Médico General, 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 $ 52.381.977,00
Plazo de ejecución:	04/05/2026 AL 31/12/2026
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Unidad Prestadora De Salud Boyacá - Establecimiento de Sanidad Policial Complementario Tunja – Transversal 15 N° 16 - 01
Incumplimiento del plazo de ejecución SI__ NO_X_	No aplica
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente YULY YARLIN RODRIGUEZ APONTE Jefe Grupo Servicios Asistenciales Espco Tunja
Fecha de entrega certificada:	04/07/2026 al 03/08/2026

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2026	Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
	UPRES DEBOY	16	Médico General	$6.630.630,00	$6.630.630,00	$0,00	$6.630.630,00
Acta de recepción de bienes	No Aplica						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
03	04/08/2026	$6.630.630,00	$0,00	$6.630.630,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$6.630.630,00	**$0,00**	$6.630.630,00

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 de acuerdo a la tabla de honorarios establecida en la Resolución 0095 del 02 de marzo del 2026 de la Dirección de Sanidad en el Establecimiento de Sanidad Policial Complementario Tunja, 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. 03 correspondiente al periodo del 04 de julio al 03 de agosto del 2026.

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	El funcionario cumple 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	El funcionario cumple con 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.
3	Ejecutar tratamientos de Medina 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	El funcionario cumple con Ejecutar tratamientos de Medina General responsablemente, interactuando de forma permanente con la familia y/o cuidador del paciente
4	Participar en la revista médica y de enfermería, respondiendo por los tratamientos de los	SI X NO	El funcionario cumple con Participar en la revista médica y de enfermería, respondiendo

	pacientes a su cargo para que el médico pueda tomar las decisiones pertinentes respecto al tratamiento médico dado el caso.		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 X NO	El funcionario cumple con Revisar y ejecutar órdenes médicas de las historias clínicas con sus respectivas recomendaciones de todos los pacientes a su cargo en el servicio asignado
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 X NO	El funcionario cumple con 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
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 X NO	El funcionario cumple con 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 X NO	El funcionario cumple con 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 X NO	El funcionario cumple con 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 X NO	El funcionario cumple 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 X NO	El funcionario cumple con 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	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 X NO	El funcionario cumple con 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.
13	Practicar exámenes de medicina general, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que deba seguirse.	SI X NO	El funcionario cumple con exámenes de medicina general, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que deba seguirse.
14	Coordinar, controlar y evaluar el desarrollo de actividades relacionadas con el apoyo diagnóstico y terapéutico.	SI X NO	El funcionario cumple con Coordinar, controlar y evaluar el desarrollo de actividades relacionadas con el apoyo diagnóstico y terapéutico.
15	Asistencia y participación en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) municipal e institucional.	SI X NO	El funcionario cumple con el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) municipal e institucional.
16	Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población.	SI X NO	El funcionario cumple con vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población.

17	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 X NO	El funcionario cumple con 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.
18	Pago aportes parafiscales vigentes	SI X NO	No. 6028085656 - 31/07/2026
19	Aporte apoyo ordenanza No. 030	SI X NO	$67.000,00

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.

Subintendente **YULY YARLIN RODRIGUEZ APONTE**
Supervisor de Contrato Unidad Prestadora Salud Tipo B Boyaca (E)

GS-2026- **-DEBOY -20.1**

Tunja, 04 de agosto del 2026

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. 95-7-20162-26

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _X_ O FINAL ____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**04/07/2026**	**Hasta**	**03/08/2026**

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-2025-108673-DEBOY-UPRES/JEFAD – 20.1 del 04/05/2026, 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 del contrato del asunto al señora Subintendente YULLY YANETH CHAPARRO PEREZ, Responsable de Afiliaciones en Salud Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá. Seguidamente mediante acta No. AE-2026-074665-DEBOY de fecha 30/06/2026 se entrega de manera temporal en ausencia de la titular por plan vacacional julio 2026, al señor SI: Cesar Augusto Rincón Ochoa.

- Mediante acta No. AE-2026-074665-DEBOY de fecha 24/07/2026 el señor subintendente CESAR AUGUSTO RINCÓN OCHOA, Responsable Recepcion y Tramite de Información en Salud, hace entrega de manera temporal por ausencia de la titular supervisora del contrato quien se encuentra por plan vacacional julio 2026, a la señora subintendente YULY YARLIN RODRIGUEZ APONTE, Jefe Grupo Servicios Asistenciales Espco Tunja.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: DOS (02)**
- Informe de supervisión del mes de mayo 2026 del periodo comprendido entre el 04/05/2026 al 03/06/2026, presentado mediante comunicación oficial electrónica No. GEPOL GS-2026-135427-DEBOY del 04/06/2026.
- Informe de supervisión del mes de junio 2026 del periodo comprendido entre el 04/06/2026 al 03/07/2026, presentado mediante comunicación oficial electrónica No. GEPOL GS-2026-161300-DEBOY del 04/07/2026.

Información del contrato.

Contrato No. / Orden de compra No.	95-7-20162-26
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B BOYACÁ.
Contratista	AURA CLEMENCIA MUÑOZ GONZALEZ
Representante legal	N/A
Valor inicial del contrato u orden de compra	$52.381.977,00 para vigencia 2026.
Valor adiciones del contrato u orden de compra	N/A
Valor total del contrato u orden de compra	$52.381.977,00 para vigencia 2026.
Plazo de ejecución inicial	SIETE (07) MESES Y VEINTISIETE (27) DÍAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	04/05/2026
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	31/12/2026
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Adiciones	N/A
Modificatorios	N/A

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

1.1 Acciones adelantadas: No Aplica

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social.	SI	No. 6028085656 - 31/07/2026

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO:		
Cumplir con el plan de cuidados específicos para cada usuario a su cargo, con el propósito de brindar una atención con calidad a los usuarios del subsistema.	SI	El funcionario cumple con el plan de cuidados específicos para cada usuario a su cargo, con el propósito de brindar una atención con calidad a los usuarios.
Valorar el estado de salud del usuario y a través del diagnóstico, establecer la condición de salud, para establecer prioridades en la atención a los usuarios.	SI	El funcionario cumple con 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.
Ejecutar tratamientos de Medina General responsablemente, interactuando de forma permanente con la familia y/o cuidador del paciente, para mantenerlos informados sobre el estado de salud.	SI	El funcionario cumple con Ejecutar tratamientos de Medina General responsablemente, interactuando de forma permanente con la familia y/o cuidador del paciente
Participar en la revista médica y de enfermería, respondiendo por los tratamientos de los pacientes a su cargo para que el médico pueda tomar las decisiones pertinentes respecto al tratamiento médico dado el caso.	SI	El funcionario cumple con 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
Revisar y ejecutar órdenes médicas de las historias clínicas con sus respectivas recomendaciones de todos los pacientes a su cargo en el servicio asignado, con el fin de prestar un óptimo servicio.	SI	El funcionario cumple con Revisar y ejecutar órdenes médicas de las historias clínicas con sus respectivas recomendaciones de todos los pacientes a su cargo en el servicio asignado
Supervisar y/o realizar los procedimientos de limpieza y desinfección de los elementos utilizados en las actividades diarias del servicio realizada por el personal a cargo.	SI	El funcionario cumple con 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
Participar en la capacitación e instrucción al personal, en lo concerniente a la aplicación de protocolos, guías y procedimientos de manejo, con el propósito de mantener al personal a cargo actualizado, para un óptimo desempeño de sus funciones.	SI	El funcionario cumple con 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.

Realizar el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud.	SI	El funcionario cumple con el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud.
Llevar los registros en la historia clínica del paciente de forma completa, suficiente y oportuna.	SI	El funcionario cumple con los registros en la historia clínica del paciente de forma completa, suficiente y oportuna.
Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica, de acuerdo a lo establecido en la RESOLUCION NÚMERO 1995 DE 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.	SI	El funcionario cumple 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.
Aplicar el proceso de archivo teniendo en cuenta la Ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo	SI	El funcionario cumple con el proceso de archivo teniendo en cuenta la Ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo
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	El funcionario cumple con 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.
Practicar exámenes de medicina general, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que deba seguirse.	SI	El funcionario cumple con exámenes de medicina general, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que deba seguirse.
Coordinar, controlar y evaluar el desarrollo de actividades relacionadas con el apoyo diagnóstico y terapéutico.	SI	El funcionario cumple con Coordinar, controlar y evaluar el desarrollo de actividades relacionadas con el apoyo diagnóstico y terapéutico.
Asistencia y participación en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) municipal e institucional.	SI	El funcionario cumple con el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) municipal e institucional.
Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población.	SI	El funcionario cumple con vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población.
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	El funcionario cumple con 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.

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA: No aplica

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (90) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (147) 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 SIETE (07) MESES Y VEINTISIETE (27) DÍAS, el pago se efectuará dentro de los quince 15 días teniendo como referencia la fecha de la cuenta de cobro presentada por el 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 SEIS MILLONES SEICIENTOS TREINTA MIL SEICIENTOS TREINTA PESOS M/CTE. ($6.630.630,00) de acuerdo a la Resolución No. 0095 del 02/03/2026 "Por la cual se fijan los requisitos mínimos y honorarios para los contratistas de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión para el hospital central y nivel país de la dirección de sanidad", Los pagos se harán en la cuenta que se indica en el numeral 13 de presente documento y se emita el recibo a satisfacción para cada uno de ellos, por parte del supervisor del contrato. Para efectos de pago, EL 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 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 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	$ 52.381.977,00	100%
Valor total de las entregas	$ 19.891.890,00	37,97
Valor total facturado	$ 19.891.890,00	37,97
Valor facturado pendiente de pago	$ 6.630.630,00	12,66
Valor pagado	$ 13.261.260,00	25,32
Valor pendiente de entrega	$ 32.490.087,00	62,03

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor Facturado	No. factura	Valor Pagado	Valor Deducciones	No. orden de pago
Cuenta Cobro 03 del 04/08/2026	$6.630.630,00	04/07/2026 al 03/08/2026	$6.630.630,00	Cuenta Cobro No. 03	$0.00	$0.00	

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

No Aplica

5. RECOMENDACIONES:

Se sugiere al profesional dejar soportado en el Sistema Integrado de Atención en Salud (SISAP), en el estándar de panel ambulatorio, los procedimientos que realiza de acuerdo a su profesión; dado que la historia clínica (HC) es un documento obligatorio y necesario en el desarrollo de las prácticas de atención sanitarias de personas humanas y tiene diversas funciones que la constituyen como una herramienta fundamental de un buen desarrollo de la práctica médica legal. Además, de esto es un indicador que mide la productividad de funcionario por servicios, que se verifica en la Ficha Técnica de Productividad (FTP SISAP) / REPORTES SISAP/REPORTES de manera mensual, siendo fundamental para soporte del dueño de la necesidad en este caso el Jefe de Establecimiento de sanidad Policial Complementario, para justificar ante plan de necesidades y cargas laborales.

6. CONCLUSIONES:

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

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

Atentamente,

Firma_____

Subintendente YULY YARLIN RODRIGUEZ APONTE
Supervisor de Contrato Unidad Prestadora Salud Tipo B Boyacá (E)
Supervisor Contrato No. 95-7-20162-26
Correo electrónico: yuly.rodriguez2977@correo.policia.gov.co

CUENTA DE COBRO No. 03

Tunja, 4 de agosto del 2026

POLICÍA METROPOLITANA DE TUNJA
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B BOYACÁ

DEBE A:

AURA CLEMENCIA MUÑOZ GONZALEZ Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 40.042.590 Expedida en Tunja, la suma de $ 6.630.630,00 por concepto de las actividades desempeñadas desde el 4 de julio de 2026 al 3 de agosto de 2026 de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 95-7-20162-26 suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad prestadora de salud Boyacá tipo B para prestar mis servicios como MEDICO GENERAL

Favor consignar en la cuenta de ahorros BANCOLOMBIA No 25890814606 de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

AURA CLEMENCIA MUÑOZ GONZALEZ
CC 40.042.590 De Tunja
CEL 3133174374
CORREO: aclemenciamg@gmail.com

172.26.144.84

Tunja, 4 de agosto del 2026

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

Respetados señores;

Yo, AURA CLEMENCIA MUÑOZ GONZALEZ identificada con cédula de ciudadanía No. 40.042.590 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 DECLARANTE del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

AURA CLEMENCIA MUÑOZ GONZALEZ
CC 40.042.590 De Tunja
CEL 3133174374
CORREO: aclemenciamg@gmail.com

172.26.144.84

Tunja, 4 de agosto del 2026

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

Respetados señores;

Yo, AURA CLEMENCIA MUÑOZ GONZALEZ en calidad de contratista identificada con cedula de ciudadanía 40.042.590 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. **95-7-20162-26** suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud tipo B Boyacá.

VALOR A COTIZAR		**VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA No. 6028085656**
HONORARIOS MENSUALES	6.630.630,00	6.630.630,00
BASE COTIZACION 40%	2.652.252,00	2.652.252,00
APORTE SALUD 12,5%	331.500,00	331.600,00
APORTE PENSION 16%	424.400,00	424.400,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
RIESGO II 1,044%	27.700,00	0,00
RIESGO III 2,436%	64.600,00	64.700,00
RIESGO V 6,960%	184.600,00	0,00

Cordialmente,

AURA CLEMENCIA MUÑOZ GONZALEZ
C.C. 40.042.590 Expedida en Tunja (Boyaca)
Teléfono 3133174374
Email: aclemenciamg@gmail.com

172.26.144.84

172.26.144.84

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40042590
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			AURA CLEMENCIA MUÑOZ GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 15 14 C 02	TELÉFONO:	7400000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internación
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		6028085656	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/07/31	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		526984056

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 424,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 424,400	$ 0	$ 424,400
SUBTOTALES:										$ 424,400	$ 0	$ 424,400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 331,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 331,600	$ 0	$ 0	$ 331,600
SUBTOTALES:													$ 331,600	$ 0	$ 0	$ 331,600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR		PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 64,700	$ 64,700	$ 0	$ 0	$ 64,700
SUBTOTALES:									$ 64,700	$ 0	$ 0	$ 64,700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES					
																											PENSIÓN								SALUD						ARP													
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	CIANTE	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 40042590	YUROZ GONZALEZ AURA CLEMENCIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 2,652,252				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2,652,252	$ 424,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 424,400	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2,652,252	$ 331,600	$ 0	$ 331,600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2,652,252	$ 40042590	$ 64,700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 820.700

Planilla Pagada

NIT	Razón Social	Nro. Transacción ecollect	Fecha y Hora
8918003301	UPTC - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA	167678331	04/08/2026 06:11:09-a.m.

Resumen Servicio

Descripción	Cantidad	Valor Pagado	Valor Servicio
100000194 - Estampilla Pro-UPTC	1	$ 67,000.00	COP $ 67,000.00

Referencias

Tipo de Documento	Numero Identificación Contratista
C.C	40042590
Nombre Contratista	Numero Identificación Contratante
AURA CLEMENCIA MUÑOZ GONZALEZ	
Nombre Contratante	Numero de Contrato
POLMETUN - 900801209	9572016226
Vigencia	Base Gravable
2026	6630630

172.26.144.84

COMPROBANTE

Transacción Realizada en

UPTC - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

NIT 8918003301

APROBADA

$ 67,000.00

Total Pagado

Escane y Verifica este pago

Resumen del Pago

Usuario Pagador:	40042590
Correo Usuario Pagador :	naiarodo21@gmail.com
Descripción del Pago:	100000194 - Estampilla Pro-UPTC
Dirección IP:	190.255.40.74
Fecha y Hora	04/08/2026 06:11:09-a.m.

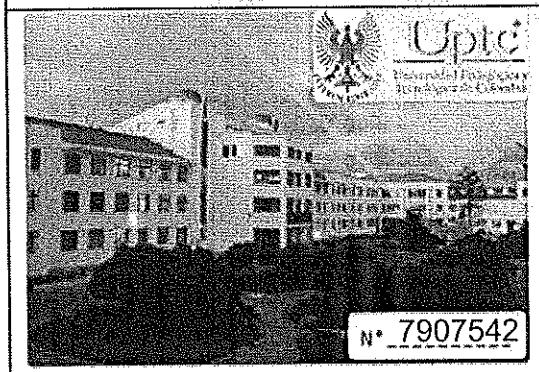
Resumen Medios de Pago

Nro. Transacción ecollect	No. Autorización/CUS	Medio de Pago	Valor Pagado
167678331	538718306 APROBADA	BANCOLOMBIA	$ 67,000.00

172.26.144.84

172.26.144.84

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

Número Estampilla	7907542			
Contratista:	AURA CLEMENCIA MUÑOZ GONZALEZ			
C.C. / Nit / Identificación Contratista:	40042590			
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO MEDICO GENERAL PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA ESPCO CLINICA TUNJA			
Contratante:	POLMETUN - 900801209 /NIT			
	Numero de Contrato:	9572016226	Vigencia:	2026
	Base Gravable	$6630630	Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato	$ 67,000.00
	Fecha de Pago:	04/08/2026		

PBX (57) 8 7405626 / 7436208 *www.uptc.edu.co* *Carrera 6 No. 39-115 Av. Central de Norte Tunja-Boyacá*

En caso de consulta: e-mail cartera.estampillas@uptc.edu.co

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14771513534

(415)7707212489984(8020) 000001477151353 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 0 4 2 5 9 0	1	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	4 0 0 4 2 5 9 0

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MUÑOZ	GONZALEZ	AURA	CLEMENCIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 9 A 75 03

42. Correo electrónico: auracmg@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 3 1 7 4 3 7 4	

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 0 5 1 0 0 3	0 0 1 0	1 9 9 6 0 8 0 1				2 2 2 1	

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 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 MUÑOZ GONZALEZ AURA CLEMENCIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 12-11-2025 03:37:50PM

SIN COSTO
DOCUMENTO CERTIFICADO

172.26.144.84

POSITIVA

CER_AFI_2026027124161

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

AURA CLEMENCIA MUÑOZ GONZALEZ identificado con CC. 40042590 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	POLICIA METROPOLITANA DE TUNJA
Tipo y Numero de Documento	NI - 900801209

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/05/08	**Fecha inicio contrato**	2026/05/04
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/31
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de mayo del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC07052026A40042590G17830159.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

172.26.144.84