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- -DEBOY

Grado

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta

Cargo del funcionario

TURNO No.

No. SISCO:	**PR-DEBOY-0097-26**	**No. REGISTRO QUIPU :**	
No. CONTRATO:	**95-7-20031-26**	**FECHA DE RECIBIDO :**	
VALOR PAGO:	**$ 3.315.300,00**	**NUMERO DE RADICADO SIIF:**	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :		**CONTRATISTA:**	**MONTERO OSPINA WILLIAM ANDRES**
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	6	**NIT DEL CONTRATISTA:**	**7.321.441**

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. 9509926076 del 07/09/2026	
8. NUMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN:	N/A	
8.1 NUMERO 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 CONSTRUCCION FIC, CONTRATOS DE OBRA.		N/A
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP		N/A
13. CERTIFICACION BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESION DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP.		N/A
14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 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)

CARGO Y UNIDAD

SI ADRIANA MARCELA CARDENAS BENAVIDES

CENTRAL DE CUENTAS

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

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

FIRMA _____

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

SI_____ NO_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____

Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN:_____

No. GS-2026- -223671 **-DEBOY-20.1**

Chiquinquirá, 16 de septiembre de 2026

Señor Coronel
JAVIER GUSTAVO LEMUS PINTO
Comandante Policía Metropolitana de Tunja
Carrera 11 19-85
Tunja

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato No. **95-7-20031-26**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _X_ **O FINAL** ____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**16/08/2026**	**Hasta**	**15/09/2026**

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 1p5/01/2018, "*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-2026-067356-DEBOY,** el señor Coronel, **JAVIER GUSTAVO LEMUS PINTO**, obrando en calidad de Comandante Policía Metropolitana de Tunja, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto al señor Intendente **JORGE MIGUEL RODRIGUEZ IBAÑEZ**, jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Chiquinquirá.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Mensual _X_

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: (05)**

    1. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 16/03/2026 al 15/04/2026, radicado mediante comunicación oficial No. GS-2026-092728-DEBOY de fecha 16/04/2026.

    2. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 16/04/2026 al 15/05/2026, radicado mediante comunicación oficial No. GS-2026-118596-DEBOY de fecha 16/05/2026.

3. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 16/05/2026 al 15/06/2026, radicado mediante comunicación oficial No. GS-2026-145107-DEBOY de fecha 16/06/2026.

4. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 16/06/2026 al 15/07/2026, radicado mediante comunicación oficial No. GS-2026-170787-DEBOY de fecha 16/07/2026.

5. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 16/07/2026 al 15/08/2026, radicado mediante comunicación oficial No. GS-2026-195928-DEBOY de fecha 16/08/2026

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	95-7-20031-26
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, ESPRI Chiquinquirá.
Contratista	WILLIAM ANDRES MONTERO OSPINA
Representante legal	No aplica
Valor inicial del contrato u orden de compra	Valor inicial del contrato: $22.544.040,00, vigencia 2026
Valor adiciones del contrato u orden de compra	No aplica
Valor total del contrato u orden de compra	Valor total del contrato vigencia 2026: $22.544.040,00
Plazo de ejecución inicial	seis (06) meses veinticuatro (24) días
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	16/03/2026
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	09/10/2026
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:

El coordinador del establecimiento de Sanidad Primario **Chiquinquirá** realizó los seguimientos a las actividades desarrolladas por el profesional en beneficio de nuestros usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la policía Nacional.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Ccumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social)	SI	**No. 9509926076 del 07/09/2026**

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS
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 satisfactoriamente con la obligación.
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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
Llevar los registros en la historia clínica del paciente de forma completa, suficiente y oportuna.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
Las demás que le sean asignadas por el jefe inmediato y que tengan relación directa con las demás funciones y que estén acordes con la naturaleza del cargo y el área de desempeño.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.

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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
Practicar exámenes de medicina general, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que deba seguirse.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
Coordinar, controlar y evaluar el desarrollo de actividades relacionadas con el apoyo diagnóstico y terapéutico.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
Asistencia y participación en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) municipal e institucional.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
Realizar interconsulta y remitir pacientes a médicos especialistas cuando sea pertinente según el estado de salud del paciente.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
Educar al paciente en autocuidado, hábitos de vida saludable y prevención de la enfermedad.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por la UPRES Boyacá.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
el contratista se compromete a dar cumplimiento en lo pactado en la macro agenda de forma mensual con el fin de no incurrir en	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.

incumplimientos y alteraciones en la misionalidad de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá		
Obligaciones en cumplimiento al artículo 2.24.2.2.16 del decreto 1072 de 2015. son obligaciones del contratista, las siguientes: 1 procurar el cuidado integral de su salud, 2. contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo, 3. informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, 4. participar en las actividades de prevención y promoción organizados por los contratantes, los comités de seguridad y salud en el trabajo o la administración de riesgo laborales. 5. Cumplir las normas reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST, 6. informar oportunamente a los contratistas toda novedad derivada del contrato. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, 1. Conocer la política de seguridad y salud en el trabajo en la Policía Nacional, 2. Realizar auto-reporte de condiciones de trabajo y de salud cuando lo sea solicitado. 3. Allegar de manera inmediata al supervisor del contrato, las incapacidades médicas que se generan.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
Durante la prestación del servicio y conforme a la Política de Calidad y a los principios de Humanización adoptados por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, el contratista deberá brindar trato adecuado al usuario del SSPN, conforme a los principios de humanización: respeto, dignidad, empatía, comunicación clara y amable, oportunidad en la atención, confidencialidad y vocación de servicio.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
Las demás que le sean asignadas por el supervisor y/o jefe de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá y que tengan relación con la naturaleza del objeto contractual.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.

2.1. Novedades, Situaciones Anormales o de Relevancia

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

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (**180**) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (**24**) 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 **SEIS (06) MESES VEINTICUATRO (24) DÍAS**, el pago se efectuará dentro de los 15 días teniendo como referencia la fecha de la cuenta de 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 **TRES MILLONES TRECIENTOS QUINCE MIL TRECIENTOS PESOS M/CTE ($ 3.315.300,00)**. De acuerdo a la **Resolución No. 0095 del 02/03/2026** ***"Por La Cual Se Establecen Las Tablas De Perfiles Y Honorarios De Las Personas Naturales Que Celebren Contratos De Prestación De Servicios Profesionales Y De Apoyo A La Gestión Con La Dirección De Sanidad De La Policía Nacional Y Se Dictan Otras Disposiciones***". Los pagos se harán en la cuenta que se indica en el numeral 9 del presente

contrato: los cuales se efectuarán una vez se perfeccione el presente documento y se emita el recibo a satisfacción para cada uno de ellos, por parte del supervisor del contrato. Para efectos del pago, **LA CONTRATISTA** deberá presentar los documentos correspondientes, con una antelación no inferior a ocho (08) días a la fecha prevista para el mismo, de igual forma teniendo encuentra la **Ordenanza 030** del 25 de octubre del 2005 " **POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA LA EMISIÓN DE LA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO DE LA UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA**" y el Comunicado **035** del 26 de agosto del 2022 "**POR MEDIO DE LA CUAL SE DAN ORIENTACIONES PARA LA LIQUIDACION Y PAGO DE LA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC**" el Contratista realizara el pago correspondiente por concepto de estampilla liquidando el 1% al valor mensual en el Banco de Bogotá, echo este proceso se generara un código QR que emitirá la respectiva estampilla, el cual será escaneado y verificado por la unidad encargada de la entidad contratante, requisito indispensable como soporte para el pago; su incumplimiento tendrá como efecto la reprogramación presupuestal para el mes siguiente. Así mismo, **LA CONTRATISTA** deberá relacionar en la respectiva cuenta de cobro, el número o referencia de la planilla de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, mes vencido, que le corresponden según la ley.

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

Dentro de la información suscrita se puede evidenciar en los porcentajes de pago la presente información así:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato u orden de compra**
Valor total del contrato u orden de compra	$ 22.544.040,00	100%
Valor total de las entregas	$ 19.891.800,00	88%
Valor total facturado	$ 19.891.800,00	88%
Valor facturado pendiente de pago	$ 3.315.300,00	15%
Valor pagado	$ 16.576.500,00	74%
Valor pendiente de entrega	$ 2.652.240,00	12%

b. **Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado** (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra únicamente del periodo que está informando)

No. de acta o constancia de recibido	**Valor recibido**	**Fecha de recibido**	**Valor facturado**	**No. factura**	**Valor pagado**	**Valor deducciones**	**No. orden de pago**
cuenta de cobro No 6	$ 3.315.300,00	del 16/08/2026 al 15/09/2026	$ 3.315.300,00	6	$ 0,00	$ 0,00	pendiente

5. RECOMENDACIONES

El cumplimiento contrato se evidencia de manera normal el contratista cumple con las responsabilidades asignadas para el objeto del mismo como **Médico general**.

CONCLUSIONES

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

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

Atentamente,

Intendente **JORGE MIGUEL RODRIGUEZ IBAÑEZ**
Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Chiquinquirá
Supervisor Contrato No. 95-7-20031-26
Correo electrónico: deboy.espri-chi@policia.gov.co
No. Celular: 3505560995

Ciudad y fecha:	Chiquinquirá, **16 de septiembre de 2026**
Unidad:	Metropolitana de Tunja - Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá
Tipo de contrato	<table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></table>
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	95-7-20031-26
Constancia de recibido No.	**06**
Contratista:	WILLIAM ANDRES MONTERO OSPINA
NIT del contratista:	7.321.441
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	Prestación de servicios profesionales como Médico General para la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá, ESPRI Chiquinquirá.
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 vigencia 2026: $22.544.040,00
Plazo de ejecución:	16/03/2026 al 09/10/2026
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica.
Lugar de ejecución y/o entrega	Establecimiento de salud primario de policía Chiquinquira, carrera 9 # 14-60 barrio centro - Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_	No Aplica
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Intendente **JORGE MIGUEL RODRIGUEZ IBAÑEZ** Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Chiquinquirá
Fecha de entrega certificada:	**16/08/2026 al 15/09/2026**

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**	**$3.315.300,00**	**$3.315.300,00**	**$0**	**$3.315.300,00**
Acta de recepción de bienes	No Aplica						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
06	16/09/2026	$3.315.300,00	$0,00	$3.315.300,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$3.315.300,00	$0,00	$3.315.300,00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como **Médico General de 4 horas diarias, 22 horas semanales y 95 horas mensuales** de acuerdo a la tabla de honorarios establecida en la **Resolución No. 0095 del 02/03/2026** de la Dirección de Sanidad en el Establecimiento de Sanidad Policial Primario Chiquinquirá, 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. 06** correspondiente al periodo del **16/08/2026 al 15/09/2026**.

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	CUMPLIÓ	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 satisfactoriamente con la obligación.
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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
5	Revisar y ejecutar órdenes médicas de las historias clínicas con sus respectivas recomendaciones de todos los pacientes a su cargo en el servicio	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.

	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. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
9	Llevar los registros en la historia clínica del paciente de forma completa, suficiente y oportuna.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
14	Practicar exámenes de medicina general, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que deba seguirse.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
15	Coordinar, controlar y evaluar el desarrollo de actividades relacionadas con el apoyo diagnóstico y terapéutico.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
17	Asistencia y participación en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) municipal e institucional.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
18	Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.

	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. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
21	Realizar interconsulta y remitir pacientes a médicos especialistas cuando sea pertinente según el estado de salud del paciente.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
23	Educar al paciente en autocuidado, hábitos de vida saludable y prevención de la enfermedad.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
26	Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por la UPRES Boyacá.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
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 Tipo B Boyacá	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
28	Obligaciones en cumplimiento al artículo 2.24.2.2.16 del decreto 1072 de 2015. son obligaciones del contratista, las siguientes: 1 procurar el cuidado integral de su salud, 2. contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo, 3. informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, 4. participar en las actividades de prevención y promoción organizados por los contratantes, los comités de seguridad y salud en el trabajo o la administración de riesgo laborales. 5. Cumplir las normas reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST, 6. informar oportunamente a los contratistas toda novedad derivada del contrato. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, 1. Conocer la política de seguridad y salud en el trabajo en la Policía Nacional, 2. Realizar auto-reporte de	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.

	condiciones de trabajo y de salud cuando lo sea solicitado. 3. Allegar de manera inmediata al supervisor del contrato, las incapacidades médicas que se generan.		
29	Durante la prestación del servicio y conforme a la Política de Calidad y a los principios de Humanización adoptados por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, el contratista deberá brindar trato adecuado al usuario del SSPN, conforme a los principios de humanización: respeto, dignidad, empatía, comunicación clara y amable, oportunidad en la atención, confidencialidad y vocación de servicio.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
30	Las demás que le sean asignadas por el supervisor y/o jefe de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá y que tengan relación con la naturaleza del objeto contractual.	Si. X No.__	Cumplió satisfactoriamente con la obligación.
31	Pago aportes parafiscales vigentes	Si. X No.__	No. 9509926076 del 07/09/2026
32	Aporte apoyo ordenanza No. 030	Si. X No.__	**Estampillas $ 33.153.00**

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.

Intendente **JORGE MIGUEL RODRIGUEZ IBAÑEZ**
Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Chiquinquirá
Supervisor Contrato No. 95-7-20171-26

CUENTA DE COBRO No. 06

Chiquinquirá, 16 de septiembre de 2026

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

WILLIAM ANDRES MONTERO OSPINA identificado con Cédula de Ciudadanía 7.321.441 expedida en Chiquinquirá – Boyacá la suma de $ 3.315.300,00 por concepto de las actividades desempeñadas desde el 16 de agosto al 15 de septiembre del año 2026, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios **No. 95-7-20031-26** suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá para prestar mis servicios como MÉDICO GENERAL.

Favor consignar en la cuenta de ahorros **No.488411410431** del Banco Davivienda de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

WILLIAM ANDRES MONTERO OSPINA
C.C. 7.321.441 Expedida Chiquinquirá (Boyacá)
Teléfono 3152225024
Email: wa.montero00001@correo.policia.gov.co

Chiquinquirá, 16 de septiembre de 2026

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

Respetados señores;

Yo, **WILLIAM ANDRES MONTERO OSPINA** identificado con cédula de ciudadanía No. 7.321.441 Expedida en Chiquinquirá (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,

WILLIAM ANDRES MONTERO OSPINA
C.C. 7.321.441 Expedida en Chiquinquirá (Boyacá
Teléfono: 3152225024
Email: wa.montero00001@correo.policia.gov.co

Chiquinquirá, 16 de septiembre del 2026

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

Respetados señores;

Yo, **WILLIAM ANDRES MONTERO OSPINA** en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía 7.321.441 Expedida en Chiquinquirá – (Boyacá), para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1° del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos profesionales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (Salud 12,5%, Pensión 16% y riesgos profesionales para riesgo II el 1,044%, riesgo III el 2,436%, riesgo V 6;960%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, correspondientes a los ingresos provenientes del contrato No. **95-7-20031-26** suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá.

VALOR A COTIZAR		**VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA No. 9509926076**
HONORARIOS MENSUALES	3.315.300,00	3.315.300,00
BASE COTIZACION 40%	1.750.905,00	1.750.905,00
APORTE SALUD 12,5%	218.900,00	218.900,00
APORTE PENSION 16%	280.100,00	280.200,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
RIESGO II 1,044%	18.300,00	0,00
RIESGO III 2,436%	42.700,00	0,00
RIESGO V 6,960%	121.900,00	0,00

Cordialmente,

WILLIAM ANDRES MONTERO OSPINA
C.C. 7,321,441 expedida en Chiquinquirá – Boyacá
Telefóno 3152225024
Email: wa.montero00001@correo.policia.gov.co

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7321441		MONTERO OSPINA WILLIAM ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 3ra # 14-28	CHIQUINQUIRA-BOYACA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	634290222	9509926076	I	2026/09/09	2026/09/07	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$499,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$499,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$499,100
Ciudad: CHIQUINQUIRA Depto: BOYACA (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$499,100
1	CC	7321441	MONTERO WILLIAM																	23030 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$499,100
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$499,100

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$499,100	$0	$0	$499,100

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	7922053
Contratista:	WILLIAM ANDRES MONTERO OSPINA
C.C. / Nit / Identificación Contratista:	7321441
Objeto del Contrato	CONTRATO POR PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL EN EL ESPRI CHIQUINQUIRÁ DEL 16 DE AGOSTO AL 15 DE SEPTIEMBRE DEL 2026.
Contratante:	POLMETUN - 900801209 /NIT



Numero de Contrato:	9572003126	Vigencia:	2026
Base Gravable	$3.315.300	Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato	$ 33,153.00
Fecha de Pago:	07/09/2026		

COMPROBANTE

Transacción Realizada en

UPTC - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

NIT 8918003301

APROBADA

$ 33,153.00

Total Pagado

Escane y Verifica este pago

Resumen del Pago

Usuario Pagador:	7321441
Correo Usuario Pagador :	deboy.espri-chi@policia.gov.co
Descripción del Pago:	100000194 - Estampilla Pro-UPTC
Dirección IP:	190.255.40.116
Fecha y Hora	07/09/2026 05:52:39-p.m.

Resumen Medios de Pago

Nro. Transacción ecollect	No. Autorización/CUS	Medio de Pago	Valor Pagado
170070823	634659875 APROBADA	NEQUI	$ 33,153.00

NIT	Razón Social	Nro. Transacción ecollect	Fecha y Hora
8918003301	UPTC - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA	170070823	07/09/2026 05:52:39-p.m.

Resumen Servicio

Descripción	Cantidad	Valor Pagado	Valor Servicio
100000194 - Estampilla Pro-UPTC	1	$ 33,153.00	COP $ 33,153.00

Referencias

Tipo de Documento
C.C

Numero Identificación Contratista
7321441

Nombre Contratista
WILLIAM ANDRES MONTERO OSPINA

Numero Identificación Contratante

Nombre Contratante
POLMETUN - 900801209

Numero de Contrato
9572003126

Vigencia
2026

Base Gravable
3.315.300

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141275983709

(415)7707212489984(8020) 000014127598370 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
7 3 2 1 4 4 1	8	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 3 2 1 4 4 1	

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Chiquinquirá 1 7 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MONTERO	OSPINA	WILLIAM	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Chiquinquirá 1 7 6

41. Dirección principal
CR 3 14 A 28

42. Correo electrónico andres.montero85@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 2 2 2 5 0 2 4	3 1 7 5 3 7 6 6 0 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 1 4 1 2 2 9				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 ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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

985. Cargo

DOCUMENTO PROBADO POR CSTO SIN COSTO