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

**Radicado GECOP No.** _____

**CAPITAN**
**JEBRAIL MURILLO ZULETA**
**Jefe Grupo Financiero HOCEN**

**TURNO No.**

**No. SISCO:** N/A

**No. CONTRATO:** 96-7-20197-24

**VALOR PAGO:** 1,744,521,00

**VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :** N/A

**No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO** 2

**No. REGISTRO QUIPU:** _____

**FECHA DE RECIBIDO :** _____

**NUMERO DE RADICADO SIIF:** _____

**CONTRATISTA:.** DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ

**NIT DEL CONTRATISTA:** 1057581575

**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: 606-234700-86 BANCOLOMBIA**

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) — ok
6. FACTURA ORIGINAL: — ok
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: 10/05/2024 — ok
8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: N/A
8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN : N/A
9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP — ok
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP — ok
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, — ok

**OBSERVACIONES :** _____

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

CPS- MARIA ALEJANDRA JARMILLO
Analista Central de cuentas HOCEN

**ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN 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: _____

BOGOTA JUNIO DE 2024

CUENTA DE COBRO N°2

**LA DIRECCION DE SANIDAD HOSPITAL CENTRAL**
**DE LA POLICÍA NACIONAL**
**NIT: 830067597-4**

**DEBE A:**

YO DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ identificado con Cédula de Ciudadanía N°**1.057.581.575** expedida en Bogotá, la suma de 1.744.521.00. por concepto de las actividades desempeñadas del mes MAYO del 2024, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios N° **96-7-20197-24** suscrito con la Dirección de sanidad Hospital Central Policía Nacional para prestar mis servicios como auxiliar de laboratorio.

Favor consignar en la cuenta de Ahorros No 24097328001 del BANCO CAJA SOCIAL de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,



DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ
C.C **1057581575**
**TELEFONO** 3214948183

BOGOTA JUNIO DE 2024

Señores:
Hospital Central Policía Nacional
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores:

Yo, DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía Nº **1.057.581.575** expedida en SOGAMOSO , para los efectos previstos en el Articulo 4, Parágrafo 1º del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad del 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 (12,5% salud, 16% pensión y riesgos profesionales para administrativos del 0.522% O SI ES ASISTENCIAL DEL 2.436%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato Nº **96-7-20197-24** con la dirección de sanidad Hospital Central de la Policía Nacional.

| **VALOR A COTIZAR** | | **VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA N: 76623133** |
|---|---|---|
| HONORARIOS MENSUALES | $ 1.744 .521.00 | $ 1.744.521.00 |
| BASE COTIZACIÓN 40% | $ 1.300.000 | $ 1.300.000 |
| APORTE SALUD 12.5% | $162.500 | $162.500 |
| APORTE PENSIÓN 16% | $208.000 | $208.000 |
| **APORTE RIESGOS PROFESIONALES** | | |
| ASISTENCIALES 2.436% | $31.700 | $31.700 |
| ADMINISTRATIVOS 0.522% | | |

Cordialmente,



DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ
CC**1.057.581.575**
TELÉFONO: 3214948183

BOGOTA JUNIO DE 2024

Señores:
Hospital Central Policía Nacional
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores:

Yo. DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ identificado con cédula de ciudadanía
Nº **1.057.581.575** expedida en SOGAMOSO , para los efectos previstos en la ley 1607 de 2012 y el Decreto reglamentario 0099 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 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 HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL, además mi condición es de no Declarante del Impuesto sobre la renta.

Cordialmente

DIEGO ALEXANDER HERREREA CRUZ
C.C **1.057.581.575**
TELÉFONO: 3214948183

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1057581575 | DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ | CARRERA 90A #46 - 51SUR BOSA [illegible] | 3125210416 | diegoalexanderherreracruz@hotmail.es | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-04 | 2024-04 | I | 14/05/2024 | 76623133 | $428.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 162.500 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 208.000 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 830903790-5 | 31.700 | | | | 31.700 | 0 | 0 | 31.700 | | | 317 | 31.700 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 26.000 | 0 | 0 | 26.000 | 1 |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 162.500 | 162.500 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.700 |
| CCF | 1 | 26.000 | 26.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 428.200 | 428.200 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información