Pagina: 1 de 1 Código: 2BS-FR-0021 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	POLICÍA NACIONAL

Radicado GECOP No. _____

CAPITAN
JEBRAIL MURILLO ZULETA
Jefe Grupo Financiero HOCEN

TURNO No.

No. SISCO:	**N/A**	**No. REGISTRO QUIPU:**	
No. CONTRATO:	96-7-20902-24	**FECHA DE RECIBIDO :**	
VALOR PAGO:	660,977.87	**NUMERO DE RADICADO SIIF:**	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :	**N/A**	**CONTRATISTA:.**	**Yuri Jasleidy Delgado Echeverri**
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	1	**NIT DEL CONTRATISTA:**	**53081983**

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: 24118560579 AHORROS Banco Caja social**

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: _____	**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 ARTíCULO 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 ____

_____

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

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	BOGOTA D.C OCTUBRE 2024
Unidad:	HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL
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.	**No.** 96-7-20902-24
Constancia de recibido No.	**No. 1**
Contratista:	**Yuri Jasleidy Delgado Echeverri**
NIT del contratista:	**53081983**
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	N/A
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	**$ 14.211.024,14**
Plazo de ejecución:	23/08/2024 al 14/02/2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	N/A
Lugar de ejecución y/o entrega	**HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL** CARRERA 59 #26-21 CAN
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO___	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	**SC. INGRID ALEXANDRA FLECHAS AVENDAÑO** Jefe (E) Departamento de Enfermeria

Fecha de entrega certificada:	**23 al 30 de agosto 2024**
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024.	

Unidad	Recurso	Descripción del o servicios recibidos.	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o a descontar	Valor a pagar
HOCEN	16	AUXILIAR	$660.977,87	$660.977,87	N/A	$660.977,87

Acta de recepción de bienes	N/A

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
1	OCTUBRE 2024	$660.977,87		$660.977,87
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$660.977,87		$660.977,87

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista **CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO**: 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 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 Sí __ No__**	**Observaciones y Evidencias**
1	Las pactadas en la Cláusula N°5, actividades específicas para la prestación del servicio.		

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.

_____

FIRMA DEL SUPERVISOR
SC. INGRID ALEXANDRA FLECHAS AVENDAÑO
Jefe (E) Departamento de Enfermeria

CUENTA DE COBRO N° 1

Bogotá D.C, **OCTUBRE 2024**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

Yuri Jasleidy Delgado Echeverri identificado con Cédula de Ciudadanía No. 53081983 expedida en Bogotá la suma de

$ 660.977,87 por concepto de las actividades desempeñadas en el mes de del 23 al 30 de agosto presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-20902-24 suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como Auxiliar de enfermeria

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 24118560579 del Banco Caja Social de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Yuri J Delgado E

Nombres y apellidos: Yuri Jasleidy Delgado Echeverri

CC. 53081983

Teléfono: 3124507696

Powered by CamScanner

Bogotá D.C, **OCTUBRE 2024**

Señores:
Hospital Central de la Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Yuri Jasleidy Delgado Echeverri identificada con cédula de ciudadanía N° 53081983 de Bogotá 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 Policía Nacional**, además mi condición es de NO **Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

Firma: Yuri J Delgado E

Nombres y apellidos Yuri Jasleidy Delgado Echeverri

CC. 53081983

Powered by CamScanner

que reciba el cargo, todo lo relacionado con el contrato en mención e informado los [illegible] que tendrá como supervisor.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/08/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	830067597	**Cédula Usuario:**	CC 79949470
Nombre:	HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL				
Dirección:	KR 59 N 26 21				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	hocen.sgsst@.policia.gov.co				
Teléfono:	3213294732		**Tarifa:**	2.436	
Actividad Económica:	3861001 ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLINICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGIA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCION DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISION DIRECTA DE MEDICOS Y ABARCA: LA ATENCION ODONTOLOGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCION DE INTERNACION; EL SERVICIO DE PERSONAL MEDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMEDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACION TERAPEUTICA: REHABILITACION (POR TERAPISTAS), OPTOMETRIA, PSICOLOGIA, NUTRICION, F				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 79949470	JUAN PABLO BLANCO SIERRA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	3745	27/08/2024	CC 53081983	DELGADO ECHEVERRI YURI	3	2.436	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

CF4683101D9E06DAD73594C033B2F181 Certificado impreso el día 8/26/2024 5:31:53 PM por el portal de empresas Edesk

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Voluntarias Protección
Nit 800.198.281

Hace constar que:

YURI JASLEIDY DELGADO ECHEVERRI con número de identificación **CC 53.081.983**, se encuentra afiliado al **Fondo de Pensiones Voluntarias Protección**, desde el día **.**

Se expide esta constancia a favor del interesado a los 10 días del mes de septiembre del año 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024091012350

BOGOTA, Septiembre 10 de 2024

Señora:
DELGADO ECHEVERRI YURI JASLEIDY
CC. 53081983
CR 3 ESTE 41 22 SUR - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 15 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
DELGADO ECHEVERRI YURI JASLEIDY	53081983	C	Ene-15-2024	25	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
LAVADO DELGADO JULIAN DAVID	1021676664	T	Ago-26-2020	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
LAVADO DELGADO DANNA VALENTINA	1021683017	T	Ago-26-2020	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	53081983	Dependiente	CERRADO
YURI JASLEIDY DELGADO ECHEVERRI	53081983	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
YURI JASLEIDY DELGADO ECHEVERRI	53081983	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos