

<b>Radicado GECOP No.</b> _____		<b>TURNO No.</b> _____	
<b>capitan</b> JEBRAIL MURILLO ZULETA Jefe Grupo Financiero HOCEN		<b>No. REGISTRO QUIPU:</b> _____	
<b>No. SISCO:</b> _____	<b>N/A</b>	<b>FECHA DE RECIBIDO :</b> _____	_____
<b>No. CONTRATO:</b> _____	96-7-20897-24	<b>NUMERO DE RADICADO SIIF:</b> _____	_____
<b>VALOR PAGO:</b> _____	3,215,910,88	<b>CONTRATISTA.:</b> _____	GLORIA TATYANA SOTELO DUARTE
<b>VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :</b> _____	<b>N/A</b>	<b>NIT DEL CONTRATISTA:</b> _____	1032393989
<b>No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO</b> _____	5		

**DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS**


1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO	SI _____	NO <input checked="" type="checkbox"/>	
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO	SI _____	NO <input checked="" type="checkbox"/>	
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO	SI _____	NO <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>ENDOSADA A:</b> _____	<b>N/A</b>	<b>CUENTA BANCARIA:005392287 AHORROS</b>	
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)	<input type="checkbox"/> OK		
6. FACTURA ORIGINAL:	<input type="checkbox"/> OK		
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA:	<input type="checkbox"/> OK		
8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN:	_____ <b>N/A</b> _____		
8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN:	_____ <b>N/A</b> _____		
9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA PUBLICADA EN SECOP	<input type="checkbox"/> OK		
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP	<input type="checkbox"/> OK		
11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA.	<input type="checkbox"/> N/A		
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP	<input type="checkbox"/> N/A		
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP.	<input type="checkbox"/> 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,	<input type="checkbox"/> OK		

**OBSERVACIONES :** \_\_\_\_\_

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF  SI  NO \_\_\_\_\_

Analista Central de Cuentas HOCEN \_\_\_\_\_

<b>ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO</b>		<b>REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.</b>
POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____	<b>FIRMA</b> _____	SI _____ NO _____
MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____		
FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____		
Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____		

Página 1 de 3	<b>PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS</b>	 <b>POLICIA NACIONAL</b>
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021		
Versión: 3		
<b>CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS</b>		

Ciudad y Fecha	BOGOTA D.C DICIEMBRE 2024	
Unidad:	HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL	
Tipo de contrato	<b>Tipo de contrato</b>	<b>Marque el tipo de contrato</b>
	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.	<b>No. 96-7-20897-24</b>	
Constancia de recibido No.	<b>No. 5</b>	
Contratista:	<b>GLORIA TATYANA SOTELO DUARTE</b>	
NIT del contratista:	<b>1032393989</b>	
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	<b>PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO PROFESIONAL</b>	
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:	<b>CONTRATO \$ 25.581.109,17</b>	
Plazo de ejecución:	<b>CONTRATO 20/18/2024 AL 14/02/2025</b>	
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	N/A	
Lugar de ejecución y/o entrega	<b>HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL CARRERA 59 #26-21 CAN</b>	
Incumplimiento del plazo de ejecución SI ___NO___		
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	<b>SI. JHON EDINSON BASTO RUEDA Enfermera profesional- Supervisor contrato</b>	

Fecha de entrega certificada:	<b>1 AL 22 DE DICIEMBRE 2024</b>						
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
	HOCEM	16	AUXILIAR	\$3,215,910,88	\$3,215,910,88	N/A	\$3,215,910,88
Acta de recepción de bienes	N/A						

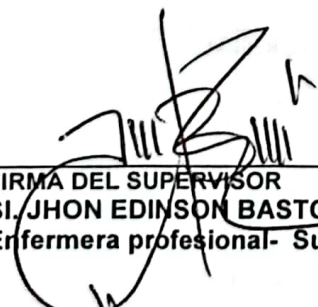
No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
5	DICIEMBRE 2024	\$3,215,910,88		\$3,215,910,88
Valor total bienes y/o servicios recibidos		\$3,215,910,88		\$3,215,910,88

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**  
**SI. JHON EDINSON BASTO RUEDA**  
 Enfermera profesional- Supervisor contrato

## CUENTA DE COBRO N° 05

Bogotá D.C, DICIEMBRE 2024

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL


NIT: 830067597-4

DEBE A:

GLORIA TATYANA SOTELO DUARTE identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1032393989 expedida en BOGOTA la suma de 3,215,910,88 por concepto de las actividades desempeñadas del mes de 1 al 22 de diciembre de 2024, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-20897-24 suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como ENFERMERA PROFESIONAL

Favor consignar en la cuenta de ahorros N°005392287 del Banco BOGOTA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma:  \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: GLORIA TATYANA SOTELO DUARTE

CC. 1032393989

Teléfono: 3192790166

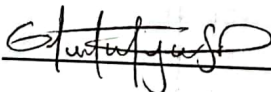
Bogotá D.C, DICIEMBRE 2024

Señores:  
Hospital Central de la Policía Nacional  
Ciudad

Respetados señores;

Yo, GLORIA TATYANA SOTELO DUARTE identificada con cédula de ciudadanía N° 1032393989 de BOGOTA 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 SI Declarante del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

Firma: 

Nombres y apellidos: GLORIA TATYANA SOTELO DUARTE

Cedula: 1032393989

Bogotá D,C DICIEMBRE 2024

Señores:  
Hospital Central  
Policía Nacional  
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Gloria Tatyana Sotelo Duarte en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1032393989 de Bogotá, 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 (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 96-7-20897-24 con el Hospital Central de la Policía Nacional

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No 9477280597	
HONORARIOS MENSUALES	4.385.333,00		4.385.333,00
BASE COTIZACION 40%	1.754.133,20		1.754.133,20
APORTE SALUD 12,5%	219.266,65	\$	219.800,00
APORTE PENSION 16%	280.661,31	\$	281.300,00
<b>APORTE RIESGOS PROFESIONALES</b>			
ASISTENCIALES 2,436%	42.730,68	\$	42.900,00
ADMINISTRATIVOS 0,522%			

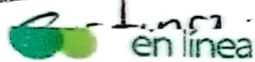
Cordialmente,

Firma: Gloria Tatyana Sotelo

Nombres y Apellidos: Tatyana Sotelo

Cedula: 1032393989

Telefono: 3192790166



Forero / Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032393989		SOTELO DUARTE GLORIA TATYANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 91 # 161B 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013403037	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1048797565	9477280597	I	2024/11/25	2024/11/14	BANCO DE BOGOTA	0	\$544,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$281,300	\$0	\$0	\$281,300	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$281,300	\$0	\$0	\$281,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,900	\$0	\$0	\$42,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,900	\$0	\$0	\$42,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$219,800	\$0	\$0	\$219,800	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$219,800	\$0	\$0	\$219,800	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$544,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$544,000</b>	



## Resumen General de Pago

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032393989		SOTELO DUARTE GLORIA TATYANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 91 # 161B 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013403037	SI

### DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1048797585	9477280597	I	2024/11/25	2024/11/14	BANCO DE BOGOTA	0	\$544,000

### LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)					\$1,758,000	\$281,300			\$1,758,000	\$219,800			\$0	\$0			\$1,758,000	\$42,900		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)					\$1,758,000	\$281,300			\$1,758,000	\$219,800			\$0	\$0			\$1,758,000	\$42,900		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,758,000	\$281,300			\$1,758,000	\$219,800			\$0	\$0			\$1,758,000	\$42,900		\$0	\$0
1	CC 1032393989	SOTELO GLORIA	25-14	30	\$1,758,000	\$281,300	EPS005	30	\$1,758,000	\$219,800	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,758,000	\$42,900	0	\$0	\$0
<b>Total Afiliados( 1)</b>					\$1,758,000	\$281,300			\$1,758,000	\$219,800			\$0	\$0			\$1,758,000	\$42,900		\$0	\$0



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  SI  No

Id de pago	% de facturación prevista	Número de factura	Fecha prevista de emisión	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total previsto	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	16.6	1	-	8/20/2024 2:04:00 PM (UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	9/1/2024 12:00:00 PM (UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	0 COP	1,607,955.43 COP	Aceptada	Detalle
Pago 002	16.6	002	-	9/1/2024 2:32:00 PM (UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	10/1/2024 12:00:00 PM (UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	0 COP	4,385,333 COP	Aceptada	Detalle
Pago 003	16.6	003	-	10/1/2024 8:27:00 AM (UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	10/1/2024 12:00:00 PM (UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	0 COP	4,385,333 COP	Aceptada	Detalle
Pago 004	16.6	004	-	11/1/2024 2:55:00 PM (UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	4 días de tiempo transcurrido (12/1/2024 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	0 COP	4,385,333 COP	Aceptada	Detalle
Pago 005	16.6	-	-	-	-	0 COP	-	Pendiente de registro	Registro
Pago 006	17	-	-	-	-	0 COP	-	Pendiente de registro	Registro

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> CD 0897 OFICIOS -24_000969.pdf	CD 0897 OFICIOS -24_000969.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CC1.pdf	CC1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >


<b>Radicado GECOP No.</b> _____		<b>TURNO No.</b> _____	
<b>CAPITAN</b> JEBRAIL MURILLO ZULETA Jefe Grupo Financiero HOCEN		<b>No. REGISTRO QUIPU:</b> _____	
<b>No. SISCO:</b> _____	<u>N/A</u>	<b>FECHA DE RECIBIDO :</b> _____	_____
<b>No. CONTRATO:</b> _____	<u>96-7-20897-24</u> ✓	<b>NUMERO DE RADICADO SIIF:</b> _____	_____
<b>VALOR PAGO:</b> _____	<u>1.169.422,13</u> ✓	<b>CONTRATISTA.:</b> _____	<u>GLORIA TATYANA SOTELO DUARTE</u>
<b>VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :</b> _____	<u>N/A</u>	<b>NIT DEL CONTRATISTA:</b> _____	<u>1032393989</u>
<b>No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO</b> _____	<u>6</u>		

**DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS**


1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO	SI _____	NO <u>X</u>
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO	SI _____	NO <u>X</u>
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO	SI _____	NO <u>X</u>
<b>ENDOSADA A:</b> _____	<u>N/A</u>	<b>CUENTA BANCARIA:</b> <u>005392287 BANCO DE BOGOTA AHORROS</u>

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)	<input type="button" value="OK"/>
6. FACTURA ORIGINAL:	<input type="button" value="OK"/>
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: _____	<input type="button" value="OK"/>
8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: _____	<u>N/A</u>
8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN _____	<u>N/A</u>
9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP	<input type="button" value="OK"/>
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP	<input type="button" value="OK"/>
11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA.	<input type="button" value="N/A"/>
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP	<input type="button" value="N/A"/>
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP.	<input type="button" value="N/A"/>
14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARAGRAFO 1 ARTICULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009,	<input type="button" value="OK"/>
<b>OBSERVACIONES :</b> _____	
LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF	<u>SI X</u> <u>NO</u>
<b>Analista Central de Cuentas HOCEN</b>	

<b>ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO</b>	
POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____	<b>REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.</b>
MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____	<b>FIRMA</b> _____ <b>SI</b> <b>NO</b>
FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____	<b>Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN:</b> _____

Página 1 de 3	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 <b>POLICIA NACIONAL</b>
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

Ciudad y Fecha	BOGOTA D.C <b>DICIEMBRE 2024</b>																	
Unidad:	HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL																	
Tipo de contrato	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de contrato</th> <th>Marque el tipo de contrato</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Orden de compra</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de obra</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de consultoría</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de prestación de servicios</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Contrato de compraventa</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de suministro</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato interadministrativo</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Tipo de contrato	Marque el tipo de contrato	Orden de compra		Contrato de obra		Contrato de consultoría		Contrato de prestación de servicios	X	Contrato de compraventa		Contrato de suministro		Contrato interadministrativo	
	Tipo de contrato	Marque el tipo de contrato																
	Orden de compra																	
	Contrato de obra																	
	Contrato de consultoría																	
	Contrato de prestación de servicios	X																
	Contrato de compraventa																	
Contrato de suministro																		
Contrato interadministrativo																		
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	No. 96-7-20897-24																	
Constancia de recibido No.	No. 6																	
Contratista:	Gloria Tatyana Sotelo Duarte																	
NIT del contratista:	1032393989																	
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO PROFESIONAL																	
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:	\$ 25,581,109,17																	
Plazo de ejecución:	20/08/2024 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:	<b>SI. JHON EDINSON BASTO RUEDA</b> Enfermero Profesional– Supervisor de contrato																	

Página 2 de 3	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 <b>POLICIA NACIONAL</b>
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

Fecha de entrega certificada:	23 al 30 de diciembre de 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	JEFE	\$ 1.169.422,13	\$ 1.169.422,13	N/A	\$ 1.169.422,13
Acta de recepción de bienes	1.169.422,13						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
6	<b>Diciembre 2024</b>	\$ 1.169.422,13		\$ 1.169.422,13
Valor total bienes y/o servicios recibidos		\$ 1.169.422,13		\$ 1.169.422,13

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**  
**SI. JHON EDINSON BASTO RUEDA**  
 Enfermero Profesional- Supervisor de contrato

**CUENTA DE COBRO N° 6**

Bogotá D.C, DICIEMBRE 2024

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

**Gloria Tatyana Sotelo Duarte** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1032393989 expedida en Bogotá la suma de **1,169,422,13** por concepto de las actividades desempeñadas del 23 al 30 de diciembre del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-20897-24 suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como Enfermera profesional.

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 005392287 del Banco Bogotá de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: 

Nombres y apellidos: Tatyana Sotelo

CC. 1032393989

Teléfono: 3192790166

Bogotá D.C, DICIEMBRE 2024

Señores:  
Hospital Central de la Policía Nacional  
Ciudad

Respetados señores;

Yo, **Gloria Tatyana Sotelo Duarte** identificada con cédula de ciudadanía N° **10323939989** 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 **SI** Declarante del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

Firma: *Gloria Tatyana Sotelo Duarte*

Nombres y apellidos: Tatyana Sotelo

Cedula: 10323939989

Bogotá D,C DICIEMBRE 2024

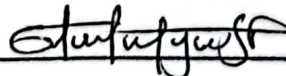
Señores:  
Hospital Central  
Policía Nacional  
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Gloria Tatyana Sotelo Duarte en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1032393989 de Bogotá, 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 (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 96-7-20897-24 con el Hospital Central de la Policia Nacional

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No 9477280597	
HONORARIOS MENSUALES	<b>4.385.333,00</b>		<b>4.385.333,00</b>
BASE COTIZACION 40%	1.754.133,20		1.754.133,20
APORTE SALUD 12,5%	219.266,65	\$	219.800,00
APORTE PENSION 16%	280.661,31	\$	281.300,00
<b>APORTE RIESGOS PROFESIONALES</b>			
ASISTENCIALES 2,436%	42.730,68	\$	42.900,00
ADMINISTRATIVOS 0,522%			

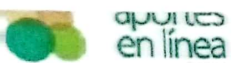
Cordialmente,

Firma: 

Nombres y Apellidos: Tatyana Sotelo

Cedula: 1032393989

Telefono 3192790166



## Resumen General de Pago

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032393989		SOTELO CUARTE GLORIA TATYANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 91 # 161B 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013403037	SI

### DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-10	2024-10	1048797585	9477280597	I	2024/11/25	2024/11/14	BANCO DE BOGOTA	0	\$544,000

### RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$281,300	\$0	\$0	\$281,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$281,300	\$0	\$0	\$281,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,900	\$0	\$0	\$42,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,900	\$0	\$0	\$42,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$219,800	\$0	\$0	\$219,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$219,800	\$0	\$0	\$219,800
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$544,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$544,000</b>

## Resumen General de Pago

TAL 2019 Térmac  
 ecop.5  
 nea

### DE DATOS DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Generado SEMA e ICBF
993989		SOTELO DUARTE GLORIA TATYANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 91 # 1618 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013403017	IF

### DE DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Período	Clave	Tipo	Fecha	Banco	Días Mora	Valor
2024-10	2024-10	1048797585	9477280597	I	2024/11/25	2024/11/14
						BANCO DE BOGOTA
						0
						\$544,000

### LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,758,000	\$281,300			\$1,758,000	\$219,800			\$0	\$0			\$1,758,000	\$42,900		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,758,000	\$281,300			\$1,758,000	\$219,800			\$0	\$0			\$1,758,000	\$42,900		\$0	\$0
<b>Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)</b>					\$1,758,000	\$281,300			\$1,758,000	\$219,800			\$0	\$0			\$1,758,000	\$42,900		\$0	\$0
1	CC 1032393989	SOTELO GLORIA	25-14	30	\$1,758,000	\$281,300	EP5005	30	\$1,758,000	\$219,800	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,758,000	\$42,900	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				<b>\$1,758,000</b>	<b>\$281,300</b>			<b>\$1,758,000</b>	<b>\$219,800</b>			<b>\$0</b>	<b>\$0</b>			<b>\$1,758,000</b>	<b>\$42,900</b>		<b>\$0</b>	<b>\$0</b>

Escritorio - Menú - Administración de contratos - Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

### VER CONTRATO Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  SI  No

Id de pago	% de facturación prevista	Número de factura	Fecha prevista de emisión	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total previsto	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	16.6	1	-	8/20/2024 2:04:00 PM (UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	9/1/2024 12:00:00 PM (UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	0 COP	1,607,955.43 COP	Aceptada	Detalle
Pago 002	16.6	002	-	9/1/2024 2:32:00 PM (UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	10/1/2024 12:00:00 PM (UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	0 COP	4,385,333 COP	Aceptada	Detalle
Pago 003	16.6	003	-	10/1/2024 8:27:00 AM (UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	10/1/2024 12:00:00 PM (UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	0 COP	4,385,333 COP	Aceptada	Detalle
Pago 004	16.6	004	-	11/1/2024 2:55:00 PM (UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	4 días de tiempo transcurrido (12/1/2024 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	0 COP	4,385,333 COP	Aceptada	Detalle
Pago 005	16.6	-	-	-	-	0 COP	-	Pendiente de registro	Registro
Pago 006	17	-	-	-	-	0 COP	-	Pendiente de registro	Registro

Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> CD 0897 OFICIOS -24_000969.pdf	CD 0897 OFICIOS -24_000969.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CC1.pdf	CC1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >