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

Radicado GECOP No. _____

Capitan
JEBRAIL MURILLO ZULETA
Jefe Grupo Financiero HOCEN

TURNO No. _____

No. SISCO:	N/A	**No. REGISTRO QUIPU:**	
No. CONTRATO:	96-7-20872-24	**FECHA DE RECIBIDO :**	
VALOR PAGO:	$3.653.247.00	**NUMERO DE RADICADO SIIF:**	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :	N/A	**CONTRATISTA:.**	LUZ ANGELICA PARADA RUBIO
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	7	**NIT DEL CONTRATISTA:**	1023033240

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: 059812920 AHORROS**

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:	4/01/2025	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). PARAGRAFO 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 JARAMILLO
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: _____

Ciudad y Fecha	BOGOTA D.C FEBRERO 2025
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.96-7-20872-24
Constancia de recibido No.	No. 7
Contratista:	LUZ ANGELICA PARADA RUBIO
NIT del contratista:	1023033240
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:	21´919.482.00
Plazo de ejecución:	15 DE AGOSTO 2024 AL 10 FEBRERO 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_X__	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	**PT. EDNA CONSTANZA BONILLA NUÑEZ** RESPONSABLE (E) DE REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA

Fecha de entrega certificada:	ENERO 2025
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025.	
Acta de recepción de bienes	N/A

Unidad	Recurso	Descripción del o servicios recibidos.	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o a descontar	Valor a pagar
HOCEN	16	JEFE		3.653.247.00	N/A	3.653.247.00

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
7	FEBRERO 2025	3.653.247.00		3.653.247.00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		3.653.247.00		3.653.247.00

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
PT. EDNA CONSTANZA BONILLA NUÑEZ
RESPONSABLE (E) DE REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA

Bogotá D.C, **FEBRERO 2025**

Señores:
Hospital Central de la Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, **LUZ ANGELICA PARADA RUBIO** identificada con cédula de ciudadanía **N° 1023033240** expedida en **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 NO **Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

Firma: Luz Angelica Parada Rubio

Nombres y apellidos: **LUZ ANGELICA PARADA RUBIO**

CC. **1023033240**

Teléfono: **3012588377**

CUENTA DE COBRO N° 7

Bogotá D.C, **FEBRERO 2025**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

LUZ ANGELICA PARADA RUBIO identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1023033240** expedida en **BOGOTA** la suma de $ 3.653.247.00 por concepto de las actividades desempeñadas en el mes ENERO del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **96-7-20872-24** suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como **ENFERMERA JEFE**

Favor consignar en la cuenta de ahorros **N°059812920**

del Banco AV VILLAS de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Luz Angelica Parada Rubio

Nombres y apellidos: **LUZ ANGELICA PARADA RUBIO**

CC. **1023033240**

Teléfono: **3012588377**

Bogotá I FEBRERO 2025

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, LUZ ANGELICA PARADA RUBIO en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N°1023033240 de BOGOTA 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 No 96-7-20872-24 con el Hospital Central de la Policia Nacional

VALOR A COTIZAR		**VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA 74906270**
HONORARIOS MENSUAL	3.653.247,00	3.653.247,00
BASE COTIZACION 40%	1.461.298.00	3,060,487,00
APORTE SALUD 12,5%	182.662.35	382,600,00
APORTE PENSION 16%	233.807.81	489,700,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	35.597.24	74,600,00
ADMINISTRATIVOS 0,522	0,00	0,00

Cordialmente,

Firma: Luz Angelica Parada Rubio

Nombres y Apellidos: LUZ ANGELICA PARADA RUBIO
Cedula: 1023033240
Telefon 3012588377

enlace operativo

SuAporte I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-01-09, 06:06:51 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 7438211(

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024

PAGADO 07/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ ANGELICA PARADA RUBIO		
Documento	CC1023033240	**Dirección**	CR 8A #81 - 44 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6017646004
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Ap SE
CC 1023033240	LUZ ANGELICA PARADA RUBIO	59	00								X									0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 3.060.487	$ 489.700	(EPS010) EPS SURA	$ 3.060.487	$ 382.600	2,436	$ 3.060.487	$ 74.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TC INTE DE
$ 3.060.487	$ 3.060.487	$ 3.060.487	$ 0	$ 489.700	$ 382.600	$ 74.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 946.900	