

Página: 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. _____	
Capitán JEBRAIL MURILLO ZULETA Jefe Grupo Financiero HOCEN	

No. SISCO: <u>N/A</u> No. CONTRATO: <u>96-7-20739-24</u> VALOR PAGO: <u>4,385,333.00</u> VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR: <u>N/A</u> No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO: <u>8</u>	TURNO No. _____ No. REGISTRO QUIPU: _____ FECHA DE RECIBIDO: _____ NUMERO DE RADICADO SIIF: _____ CONTRATISTA: <u>CAROLL ANDREA GIRALDO AGUILAR</u> NIT DEL CONTRATISTA: <u>1,023,023,404</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>

ENDOSADA A: <u>N/A</u>	CUENTA BANCARIA: <u>9470625766</u> 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: _____	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	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

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____ MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____ FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____	FIRMA _____ REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO. SI _____ NO _____ Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____
---	--

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

Ciudad y Fecha	BOGOTA D.C MARZO 2025																	
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. 96-7-20739-24																	
Constancia de recibido No.	No. 8																	
Contratista:	CAROLL ANDREA GIRALDO AGUILAR																	
NIT del contratista:	1.023.023.404																	
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:	VALOR CONTRATO: 21.926.665,00 VALOR ADICIÓN: 10.963.332,50																	
Plazo de ejecución:	01 DE AGOSTO 2024 AL 30 DE DICIEMBRE 2024 PLAZO ADICIÓN: 1 ENERO DE 2025 AL 15 DE MARZO DEL 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:	S.I YURANY ALBARRACIN ALVAREZ Enfermera Profesional– Supervisor de contrato																	

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

Fecha de entrega certificada:	Febrero de 2025						
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025.	Unidad	Recurso	Descripción del o servicios recibidos.	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o a descontar	Valor a937.809,49 pagar
	HOCEM	16	JEFE	\$4,385,333.00	\$4,385,333.00	N/A	\$4,385,333.00
Acta de recepción de bienes	N/A						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
08	MARZO 2025	\$4,385,333.00		\$4,385,333.00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		\$4,385,333.00		\$4,385,333.00

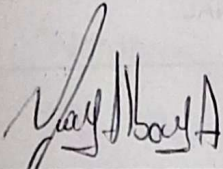
Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista **CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO:** Informe de Actividades Mensual los servicios se prestaron dentro del plazo de ejecución, cumpliendo con las especificaciones 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.

Por error humano en la línea del secop donde se evidencia número de cuenta 8 se encuentra la cuenta número 07 correspondiente al mes de enero



FIRMA DEL SUPERVISOR
S.I YURANY ALBARRACIN ALVAREZ
Enfermera Profesional– Supervisor de contrato

CUENTA DE COBRO N°8

Bogotá D.C, **MARZO 2025**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL

NIT: 830067597-4

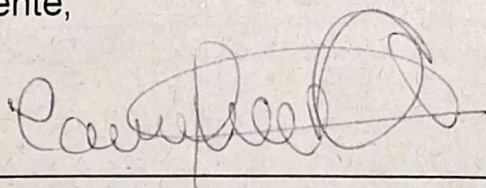
DEBE A:

Caroll Andrea Giraldo Aguilar identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1.023.023.404** expedida en **Bogotá** la suma de \$4,385,333.00 por concepto de las actividades desempeñadas en el mes de FEBRERO del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-20739-24 suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como **Enfermera**

Favor consignar en la cuenta de ahorros N°9470625766 del Banco Davivienda de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: _____



Nombres y apellidos: CAROLL ANDREA GIRALDO AGUILAR

CC. **1.023.023.404**

Teléfono: **3003545176**

Bogotá D.C, **MARZO 2025**

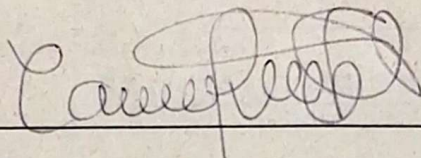
Señores:
Hospital Central de la Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Caroll Andrea Giraldo Aguilar identificada con cédula de ciudadanía N° 1.023.023.404 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: _____



Nombres y apellidos: CAROLL ANDREA GIRALDO AGUILAR

Cedula: 1.023.023.404

Bogotá D,C MARZO 2025

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

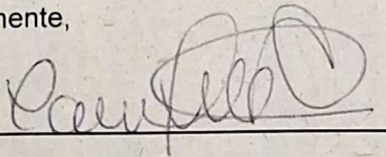
Respetados señores;

Yo, Caroll Andrea Giraldo Aguilar en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1.023.023.404 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 No. 96-7-20739-24 con el Hospital Central de la Policía Nacional

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 83528404	
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	\$	221,200.00
APORTE PENSION 16%	280,661.31	\$	283,200.00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES			
ASISTENCIALES 2,436%	42,730.68	\$	43,200.00
ADMINISTRATIVOS 0,522%			

Cordialmente,

Firma:



Nombres y Apellidos: Caroll Andrea Giraldo Aguilar

Cedula: 1.023.023.404

Telefono 3003545176

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1023023404	CAROLL ANDREA GIRALDO AGUILAR	carrera 16 numero 58a-36	3003545176	carolgrinaldo68@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO				
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	17/02/2025	83528404	\$547.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	830113831-0	219.300	0	0	0	13	1.900	0
									221.200
									No. Afiliados
									1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsidio	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Portavetr	800224808-8	280.700	0	0	0	0	13	2.500	0	283.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-33	Compañía de seguros Colsemanas S.A.	901469580-2	42.800			42.800	13	400	43.200		428	43.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	13	0	0	0
0	13	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	219.300	221.200	
Pensión	1	280.700	283.200	
Riesgos Laborales	1	42.800	43.200	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	542.800	547.600	

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO
CC	1023023404	CAROLL ANDREA GIRALDO AGUILAR	carrera 16 numero 58a-56	3003545176
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIANO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR
2025-01	2025-01	1	17/02/2025	83528404
				\$547.600

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES			
No.	Tip	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Condición	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor	Extempor

Descripci3n	Nombre del archivo	Cargado por
☒ doc10660420240805151934.pdf	doc10660420240805151934.pdf	Comprador
☒ GERALDO AGUILAR CAROLL ANDREA MES AGOSTO CTA N°1.pdf	GERALDO AGUILAR CAROLL ANDREA MES AGOSTO CTA N°1.pdf	Comprador
☒ GERALDO AGUILAR CAROLL ANDREA MES SEPTIEMBRE CTA N°2.pdf	GERALDO AGUILAR CAROLL ANDREA MES SEPTIEMBRE CTA N°2.pdf	Comprador
☒ INFORME DE SUPERVISION GIRALDO AGUILAR CAROLL ANDREA MES OCTUBRE CTA No 3.pdf	INFORME DE SUPERVISION GIRALDO AGUILAR CAROLL ANDREA MES OCTUBRE CTA No 3.pdf	Comprador
☒ INFORME DE SUPERVISION GIRALDO AGUILAR CAROLL ANDREA MES NOVIEMBRE CTA No 4.pdf	INFORME DE SUPERVISION GIRALDO AGUILAR CAROLL ANDREA MES NOVIEMBRE CTA No 4.pdf	Comprador
☒ INFORME DE SUPERVISION GIRALDO AGUILAR CAROLL ANDREA MES DICIEMBRE CTA No 5 Y 6.pdf	INFORME DE SUPERVISION GIRALDO AGUILAR CAROLL ANDREA MES DICIEMBRE CTA No 5 Y 6.pdf	Comprador
☐ CertificadoPOS.pdf	CertificadoPOS.pdf	Proveedor
☐ certificado_1023023404_7948748446914749121.pdf	certificado_1023023404_7948748446914749121.pdf	Proveedor
☐ Certificado Afiliaci3n Giraldo Aguilar Caroli Andrea.pdf	Certificado Afiliaci3n Giraldo Aguilar Caroli Andrea.pdf	Proveedor