

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52101686	MYRIAN STELLA PENAGOS ACERO		cl 39 biS 68 g 33 sur	3125724685	millinstella@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						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
2025-01	2025-01	I	12/02/2025	84016576	\$440.500

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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. Autorización	Valor									
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52101686	MYRIAN STELLA PENAGOS ACERO		cl 39 biS 68 g 33 sur	3125724685	millinstella@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1
2025-01	2025-01	I	12/02/2025	84016576	0
					TOTAL A PAGAR
					\$440.500

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salario	Exempto	Cotiz. a la vez	Exempto	INO	RET	TSE	TAE	TGP	TAP	VSP	VST	SLN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	52101686	PENAGOS ACERO MYRIAN STELLA	59	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

BOGOTA, MARZO 2025

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo,MYRIAN STELLA PENAGOS ACEROen calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N°52101686, 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. 96-7-201122-24con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 84016576	
HONORARIOS MENSUALES	2.478.667,00		2.478.667,00
BASE COTIZACION 40%	1.423.500,00		1.423.500,00
APORTE SALUD 12,5%	177.937,50	\$	178.000,00
APORTE PENSION 16%	227.760,00	\$	227.800,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES			
ASISTENCIALES 2,436%	34.676,46	\$	34.700,00
ADMINISTRATIVOS 0,522%			

Cordialmente,

Firma: Myrian Stella Penagos Acero

Nombres y Apellidos: MYRIAN STELLA PENAGOS ACERO

Cedula: 52101686

Telefono: 3125724685

Bogotá D.C, **MARZO 2025**

Señores:
Hospital Central de la Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, **MYRIAN STELLA PENAGOS ACERO** identificada con cédula de ciudadanía N° **52101686** 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: *Myrian S. Penagos Acero*

Nombres y apellidos: **MYRIAN STELLA PENAGOS ACERO**

Cedula: **52101686**

Telefono: 3125724685

CUENTA DE COBRO N° 6

Bogotá D.C, MARZO 2025

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

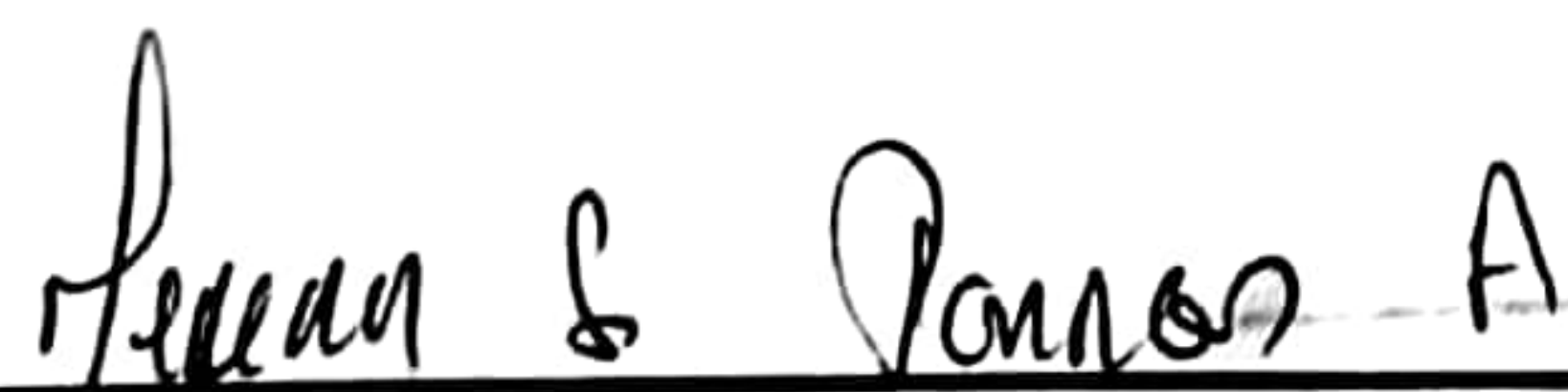
NIT: 830067597-4

DEBE A:

MYRIAN STELLA PENAGOS ACERO identificado con Cédula de Ciudadanía No. **52101686** expedida en **BOGOTÁ** la suma de **\$2.478.667.00** 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. **96-7-201122-24** 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° **488443631814** del Banco **DAVIVIENDA** de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: 

Nombres y apellidos: **MYRIAN STELLA PENAGOS ACERO**

CC. **52101686**

Teléfono: **3125724685**

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

Fecha de entrega certificada:	FEBRERO 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 a pagar
	HOCEN	16	AUXILIAR	\$ 2.478.667,00	\$ 2.478.667,00	N/A	\$ 2.478.667,00
Acta de recepción de bienes	N/A						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
6	MARZO 2025	\$ 2.478.667,00		\$ 2.478.667,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		\$ 2.478.667,00		\$ 2.478.667,00

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 <u>X</u> 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.LEIDY PAOLA RUIZ MURCIA
Auxiliar de Enfermería – Supervisor de Contrato

Página 1 de 3	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	 POLICIA NACIONAL
Código 2BB-FR-0046		
Fecha 12-03-2021		
Versión 3		

Ciudad y Fecha	BOGOTA D.C MARZO 2026																	
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. 96-7-201122-24																	
Constancia de recibido No.	No. 6																	
Contratista:	MYRIAN STELLA PENAGOS ACERO																	
NIT del contratista:	52101686																	
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:	\$14.872.002.00																	
Plazo de ejecución:	01/10/2024 AL 30/03/2025																	
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:	PT.LEIDY PAOLA RUIZ MURCIA Auxiliar de Enfermería – Supervisor de Contrato																	

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

Ciudad y Fecha	BOGOTA D.C MARZO 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>		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. 96-7-201122-24																	
Constancia de recibido No.	No. 6																	
Contratista:	MYRIAN STELLA PENAGOS ACERO																	
NIT del contratista:	52101686																	
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:	\$14.872.002.00																	
Plazo de ejecución:	01/10/2024 AL 30/03/2025																	
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:	PT.LEIDY PAOLA RUIZ MURCIA Auxiliar de Enfermería – Supervisor de Contrato																	

Página: 1 de 1		ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS		 POLICÍA NACIONAL	
Código: 2BS-FR-0021		PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS			
Fecha: 12-03-2021					
Versión: 5					
Radicado GECOP No. _____					
Capitan JEBRAIL MURILLO ZULETA Jefe Grupo Financiero HOCEN					
No. SISCO:		N/A		TURNO No. _____	
No. CONTRATO:		96-7-201122-24		No. REGISTRO QUIPU: _____	
VALOR PAGO:		2,478,667,00		FECHA DE RECIBIDO: _____	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR:		N/A		NUMERO DE RADICADO SIIF: _____	
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO		6		CONTRATISTA: MYRIAN STELLA PENAGOS ACERO	
				NIT DEL CONTRATISTA: 52.101.686	
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: 0144319829 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: <u>12/02/2025</u> 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). OK					
PARAGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009,					
OBSERVACIONES: _____					
LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF <u>SI X NO</u>					
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 _____	
MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____				SI NO	
FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____				Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____	