	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	

...nciero HOCEN

TURNO No.

SISCO: N/A

CONTRATO: 96-7-20065-25

No. REGISTRO QUIPU:

FECHA DE RECIBIDO :

NUMERO DE RADICADO SIIF:

OR PAGO: 908.844,57

OR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A MITAR : N/A

CONTRATISTA:. EDISON FARID GARZON REAL

FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO 1

NIT DEL CONTRATISTA: 1023973782

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO — SI ____ NO X

EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO — SI ____ NO X

A CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO — SI ____ NO X

OSADA A: N/A

CUENTA BANCARIA: 0570785970008473 AHORROS

NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) ____

CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL)	OK
FACTURA ORIGINAL:	OK
CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: ____	OK
NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: N/A	
L NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN N/A	
APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP	OK
. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP	OK
L. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA.	N/A
L. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP	N/A
3. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP.	N/A
4. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). ARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009,	OK

BSERVACIONES : ____

A CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF — SI X NO ____

____

nalista Central de Cuentas HOCEN

STE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

OSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA A DEVOLUCIÓN: ____ FIRMA ____

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO. SI____ NO____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: ____

ECHA DE DEVOLUCIÓN: ____ Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: ____

9	BOGOTA D.C ABRIL 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. 96-7-20065-25**
Constancia de recibido No.	**No. 01**
Contratista:	**EDISON FARID GARZON REAL**
NIT del contratista:	**1023973782**
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:	**$9.914.668,00**
Plazo de ejecución:	**18/02/2025 AL 19/06/2025**
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:	**SI.SANDRA VIVIANA MONTOYA** Auxiliar de Enfermeria-Supervisor de Contrato

Fecha de entrega certificada:	**18 AL 28 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	$ 908.844,57	$ 908.844,57	N/A	$ 908.844,57
Acta de recepción de bienes	N/A						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
01	ABRIL 2025	$ 908.844,57		$ 908.844,57
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$ 908.844,57		$ 908.844,57

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 X No__	Observaciones y Evidencias
1	Las pactadas en la Cláusula N°5, actividades especificas 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. SANDRA VIVIANA MONTOYA
Auxiliar de Enfermeria-Supervisor de Contrato

CUENTA DE COBRO N° 01

Bogotá D.C, **ABRIL 2025**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

EDISON FARID GARZON REAL identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1023973782** expedida en **BOGOTA** la suma de $ **908.844,57** por concepto de las actividades desempeñadas en el mes de **18 AL 28 FEBRERO** del presente año, de acuerdo con el objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **96-7-20065-25** 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° **0570785970008473** del **BANCO DAVIVIENDA** de acuerdo con el contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Edison Farid Garzón Real

Nombres y apellidos: **EDISON FARID GARZON REAL**

CC. **1023973782**

Teléfono: **3014351866**

Bogotá D.C, ABRIL 2025

Señores:
Hospital Central de la Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, **EDISON FARID GARZON REAL** identificada con cédula de ciudadanía N° **1023973782** 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 **NO Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

Firma: Edison Farid Garzón Real

Nombres y apellidos: **EDISON FARID GARZON REAL**

CC. **1023973782**

BOGOTA,ABRIL 2025

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo ,**EDISON FARID GARZON REAL** en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° **1023973782** , 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. **96-7-20065-25** con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		**VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No.**
HONORARIOS MENSUALES	2.478.667,00	2.478.667,00
BASE COTIZACION 40%	1.423.500,00	1.300.000,00
APORTE SALUD 12,5%	177.937,50	
APORTE PENSION 16%	227.760,00	
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	34.676,46	
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

Firma: Edison Farid Garzón Real

Nombres y Apellidos: EDISON FARID GARZON REAL
Cedula: 1023973782
Telefono: 3014351866

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EDISON FARID GARZON REAL identificado(a) con CC 1022373782 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	18/02/2021
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO RESTREPO
Categoria:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 24 días del mes marzo del 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

ARL

sura

Medellín, 24 de marzo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que EDISON FARID GARZON REAL con documento de identidad C1023973782, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL con NIT N830067597.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-02-19	2025-06-24	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	TRABAJADORES INDEPENDIENTES	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GARZON REAL EDISON FARID** identificado(a) con **CC** número **1.023.973.782** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de abril de 2017 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de marzo de 2025.

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