

BOGOTA, JULIO DE 2025

Señores:  
Hospital Central Policía Nacional  
Policía Nacional  
Ciudad

Respetados señores:

Yo, **DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ** en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N.º **1.057.581.575** expedida en BOGOTA, para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1º del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad del 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 **96-7-201264-24** con la dirección de sanidad Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA N: 86906437
HONORARIOS MENSUALES	\$ 2.478.667	\$ 2.478.667
BASE COTIZACIÓN 40%	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500
APORTE SALUD 12.5%	\$178.000	\$178.000
APORTE PENSIÓN 16%	\$227.800	\$227.800
<b>APORTE RIESGOS PROFESIONALES</b>		
ASISTENCIALES 2.436%	\$34.700	\$34.700
ADMINISTRATIVOS 0.522%		

Cordialmente,



**DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ**  
CC 1.057.581.575  
TELÉFONO: 3214948183

CUENTA DE COBRO N ° 9

BOGOTA JULIO DE 2025

**LA DIRECCION DE SANIDAD HOSPITAL CENTRAL  
DE LA POLICÍA NACIONAL  
NIT: 830067597-4**

**DEBE A:**

**DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ** identificado con Cédula de Ciudadanía N 1.057.581.575 expedida en Bogotá, la suma de \$2.478.667 por concepto de las actividades desempeñadas mes JUNIO del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios N.º 96-7-201264-24 suscrito con la Dirección de sanidad Hospital Central Policía Nacional para prestar mis servicios como auxiliar de laboratorio.

Favor consignar en la cuenta de Ahorros No 24097328001 del Banco CAJA SOCIAL de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,



---

**DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ  
C.C 1.057.581.575  
TELEFONO 3214948183**

BOGOTA JULIO DE 2025

Señores:  
Hospital Central Policía Nacional  
Policía Nacional  
Ciudad

Respetados señores:

Yo. **DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **1.057.581.575** expedida en 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 POLICIA NACIONAL, además mi condición es de no Declarante del Impuesto sobre la renta.

Cordialmente

  
**DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ**  
**C.C 1.057.581.575**  
**TELEFONO 3214948183**

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1057581575	DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ		CARRERA 90A #46 - 61SUR BOSA	3125210416	diegoalexanderherreracruz@hotmail.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - 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	
2025-05	2025-05	1	13/06/2025	85906437	\$469.000	

## 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	Sarilitas 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
230391	Porvenir	800224808-6	227.800	0	0	0	0	3	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. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800903780-6	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066842-7	28.500	0	0	28.500	1

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	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>469.000</b>	<b>469.000</b>