


Radicado GECOP No. _____	
Capitan JEBRAIL MURILLO ZULETA Jefe Grupo Financiero HOCEN	
No. SISCO: <u>N/A</u>	TURNO No. _____
No. CONTRATO: <u>96-7-201327-24</u>	No. REGISTRO QUIPU: _____
VALOR PAGO: <u>4.385.333,00</u>	FECHA DE RECIBIDO: _____
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR: <u>N/A</u>	NUMERO DE RADICADO SIF: _____
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO: <u>9</u>	CONTRATISTA: <u>Laura Camila Rojas Colmenares</u>
	NIT DEL CONTRATISTA: <u>1001204305</u>


DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO	SI _____	NO <input checked="" type="checkbox"/>
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO	SI _____	NO <input checked="" type="checkbox"/>
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO	SI _____	NO <input checked="" type="checkbox"/>
ENDOSADA A: <u>N/A</u>	CUENTA BANCARIA: 488444787524 AHORROS Davivienda	
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)	<input type="checkbox"/> OK	
6. FACTURA ORIGINAL:	<input type="checkbox"/> OK	
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA:	<u>12/06/2024</u>	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> OK	
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP	<input type="checkbox"/> OK	
11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA.	<input type="checkbox"/> N/A	
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP	<input type="checkbox"/> N/A	
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP.	<input type="checkbox"/> 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,	<input type="checkbox"/> OK	
OBSERVACIONES : _____		
LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIF	SI <input checked="" type="checkbox"/> 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: _____	REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.
MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____	FIRMA _____ SI NO
FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____	Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____

ZBS-FR-0045 Fecha: 12-03-2021 Versión: 3	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	 POLICIA NACIONAL
--	---	--

Ciudad y Fecha	BOGOTA D.C JULIO 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. 96-7-201327-24																	
Constancia de recibido No.	No. 09																	
Contratista:	Laura Camila Rojas Colmenares																	
NIT del contratista:	1001204305																	
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA 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: \$25.727.286,03 VALOR ADICION: \$12.863.643,47																	
Plazo de ejecución:	FECHA INICIO CONTRATO: 18/11/2024 FECHA FINALIZACION CONTRATO: 13/05/2025 FECHA INICIO ADICION: 14/05/202 FECHA FINALIZACION ADICION: 11/08/2025																	
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 ___	N/A																	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SI. JHON EDISON BASTO RUEDA Enfermero profesional-supervisor de contrato																	

ZBS-FR-0045	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICIA NACIONAL
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

Fecha de entrega certificada:	JULIO 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
	HOGEN	18	JEFE DE ENFERMERIA	\$ 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
09	JULIO 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 SI __ 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.

NOTA ACLARATORIA: La cuenta numero 3 correspondiente al segundo pago del mes de Diciembre del 2024 se encuentra en la pagina del secop II en el ítem numero 002.

Jhon Busto
FIRMA DEL SUPERVISOR
SI. JHON EDISON BASTO RUEDA
 Enfermero profesional-Supervisor de contrato

CUENTA DE COBRO N°09

Bogotá D.C, JULIO 2025.

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

Laura Camila Rojas Colmenares identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1001204305 expedida en Funza Cundinamarca la suma de \$4.385.333,00 por concepto de las actividades desempeñadas el mes de JUNIO 2025, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-201327-24 suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como enfermera profesional

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 488444787524 del Banco Davivienda de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: *Laura Camila Rojas Colmenares*

Nombres y apellidos: Laura Camila Rojas Colmenares

Cedula: 1001204305

Teléfono: 3004652450

Bogotá D.C, JULIO 2025

Señores:
Hospital Central de la Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Laura Camila Rojas Colmenares identificado con cédula de ciudadanía N° 1001204305 de Funza Cundinamarca 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: *Laura Camila Rojas Col.*

Nombres y apellidos: Laura Camila Rojas Colmenares

Cedula: 1001204305

BOGOTA, JULIO 2025

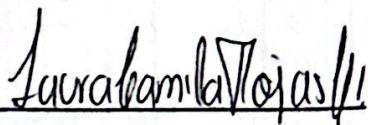
Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, Laura Camila Rojas Colmenares en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N°1001204305 de Funza Cundinamarca, 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. 96-7-201327-24 con el Hospital Central de la Policía Nacional

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGUN LIQUIDACION PLANILLA No. 86719430	
HONORARIOS MENSUALES	4.385.333,00		4.385.333,00
BASE COTIZACION 40%	1.754.134,00		1.754.134,00
APORTE SALUD 12,5%	219.266,00	\$	220.500,00
APORTE PENSION 16%	280.661,00	\$	282.200,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES			
ASISTENCIALES 2,436%	42.730,31	\$	43.100,00
ADMINISTRATIVOS 0,522%			

Cordialmente,

Firma: 

Nombres y Apellidos: Laura Camila Rojas
Colmenares
Cedula: 1001204305
Telefono: 3004652450

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1001104305	LAURA CAMILA ROJAS COLMEZARES	carera 8 y 20 40	3004652450	laura.camila13@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					CANTIDAD	
PLANILLA ABOGADA	FECHA PAGO ABOGADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMPL. SOB	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	1	12/06/2025	86719430	545.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UP	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	19.300	0					0	0	0	220.500	1

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aportes Voluntarios Afiliado	Aportes Voluntarios Aportante	Aportes FBP - Solidaridad	Aportes FBP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FBP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Cooperaciones	900336034-7	280.700	0	0	0	0	0	1.500	0	282.200	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. Radicales Saldos a Favor	Valor Saldos a Favor	Fondo Solidario	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.800				2.800	0	300	43.100		428		43.100	

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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradores	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	219.300	220.500
Pensión	1	280.700	282.200
Riesgos Laborales	1	42.800	43.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	542.800	545.800

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


DATOS DEL APOYANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APOYANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1001204305	LAURA CAMILA ROJAS COLMENARES	carrera 8 120 40	3004652450	laura.camila13@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CIASE APOYANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EXPL. 800 0
					1 0
					TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-05	I	12/06/2025	86719430	545.800

DETALLE POR COTIZANTE																																								
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN MOVIDADES										PENSION					SAJUD			RIESGOS LABORALES			CF			PARAFISCALES						
No.	Tipo	No. de labor Movimiento	Apellidos y Nombres		Compensación	Asignación	Prorrateo	Clasificación	Grupos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	CC	10	1204305	ROJAS COLMENARES LAURA CAMILA	59	0	14																																	

PAGADA

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



 Gobierno Regional de Cundinamarca

Ejecución - Menú - Administración de contratos - Ver contrato

1 Información general

2 Condiciones **VER CONTRATO**

3 Bienes y servicios **Ejecución del Contrato**

4 Documentos del Proveedor Porcentaje Recepción de artículos

5 Documentos del contrato **Plan de Pagos**

6 Información presupuestal ¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? SI No

7 Ejecución del Contrato	Id de pago	% de facturación prevista	Número de factura	Fecha prevista de emisión	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total previsto	Valor total de la factura	Estado	
8 Modificaciones del Contrato	Pago 001	16.66	001	-	18/11/2024 8:29:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	1/11/2024 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	6.429.249 COP	1.900.310,97 COP	Pagado	De
9 Incumplimientos	Pago 002	16.66	002	-	1/12/2024 4:17:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	1/01/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	6.429.249 COP	4.385.333 COP	Pagado	De
	Pago 003	16.66	004	-	1/01/2025 10:40:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	1/02/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	6.429.249 COP	4.385.333 COP	Aceptada	De
	Pago 004	16.66	005	-	1/02/2025 2:26:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	1/03/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	6.429.249 COP	4.385.333 COP	Aceptada	De
	Pago 005	16.66	06	-	14/04/2025 3:04:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	1/04/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	6.429.249 COP	4.385.333 COP	Aceptada	De
	Pago 006	16,7	007	-	1/04/2025 3:04:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	1/05/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	6.444.685,38 COP	4.385.333 COP	Aceptada	De
	Pago 007		008	-	1/05/2025 9:02:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	11 días de tiempo transcurrido (1/06/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)		4.385.333 COP	Aceptada	De

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> CD 1327 ULTIMO PAQUETE.pdf	CD 1327 ULTIMO PAQUETE.pdf	Comprador	Descargar	Del:
<input type="checkbox"/> INFORME DE SUPERVISION No. 1 MES DE NOVIEMBRE.pdf	INFORME DE SUPERVISION No. 1 MES DE NOVIEMBRE.pdf	Comprador	Descargar	Del:
<input type="checkbox"/> INFORME DE SUPERVISION MES DE DICIEMBRE LAURA ROJAS.pdf	INFORME DE SUPERVISION MES DE DICIEMBRE LAURA ROJAS.pdf	Comprador	Descargar	Del:
<input type="checkbox"/> INFORME DE SUPERVISION MES DE ENERO LAURA CAMILA ROJAS.pdf	INFORME DE SUPERVISION MES DE ENERO LAURA CAMILA ROJAS.pdf	Comprador	Descargar	Del:
<input type="checkbox"/> INFORME DE SUPERVISION CONTRATO 96-7-201327-24 LAURA ROJAS.pdf	INFORME DE SUPERVISION CONTRATO 96-7-201327-24 LAURA ROJAS.pdf	Comprador	Descargar	Del:
<input type="checkbox"/> INFORME DE SUPERVISION MARZO LAURA ROJAS.pdf	INFORME DE SUPERVISION MARZO LAURA ROJAS.pdf	Comprador	Descargar	Del:
<input type="checkbox"/> INFORME DE SUPERVISION MES DE ABRIL LAURA ROJAS.pdf	INFORME DE SUPERVISION MES DE ABRIL LAURA ROJAS.pdf	Comprador	Descargar	Del: