



Radicado GECOP No. _____

CAPITAN

JEBRAIL MURILLO ZULETA

Jefe Grupo Financiero HOCEN

No. SISCO:

N/A

No. CONTRATO:

96-7-20231-25

VALOR PAGO:

2.478.667,00

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A
TRAMITAR:

N/A

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO

4

TURNO No. _____

No. REGISTRO QUIPU: _____

FECHA DE RECIBIDO: _____

NUMERO DE RADICADO SIIF: _____

CONTRATISTA:

SANDRA CATALINA ROJAS ALVAREZ

NIT DEL CONTRATISTA:

1001187504

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 ECONÓMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO

SI _____

NO X

ENDOSADA A:

N/A

CUENTA BANCARIA: 03252913822 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:

12/06/2025

OK

8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN:

N/A

8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN

N/A

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 ARTICULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009,

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

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA

LA DEVOLUCIÓN: _____

FIRMA _____

SI NO

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____

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 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. 96-7-20231-25																	
Constancia de recibido No.	No. 04																	
Contratista:	SANDRA CATALINA ROJAS ALAVREZ																	
NIT del contratista:	1001187504																	
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:	CONTRATO:\$14.872.002,00																	
Plazo de ejecución:	CONTRATO: 18/03/2025 A 17/09/2025																	
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. YENNY YOHANA SANCHEZ DIAZ Auxiliar de Enfermería- Supervisor contrato																	

Página 2 de 3	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021		
Versión: 3		

Fecha de entrega certificada:	JUNIO 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
	HOCEM	16	AUXILIAR	\$ 2.478.667,00	\$ 2.478.667,00	N/A	\$ 2.478.677,00
Acta de recepción de bienes	N/A						

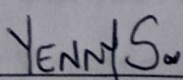
No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
04	JULIO 2025	\$2.478.667,00		\$2.478.667,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		\$2.478.667,00		\$2.478.667,00

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 __ 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
SI. YENNY YOHANA SANCHEZ DIAZ
Auxiliar de Enfermería- Supervisor contrato

CUENTA DE COBRO N° 04

Bogotá D.C JULIO 2025

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

SANDRA CATALINA ROJAS ALVAREZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1001187504 expedida en BOGOTA la suma de \$2.478.667,00 por concepto de las actividades desempeñadas del mes JUNIO del 2025 presente año, de acuerdo con el objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-20231-25 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°03252913822 del Banco BANCOLOMBIA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Sandra Rojas

Nombres y apellidos: SANDRA CATALINA ROJAS ALVAREZ

CC: 1001187504

Teléfono: 3103180210

Bogotá D.C, JULIO 2025

Señores:

Hospital Central de la Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, SANDRA CATALINA ROJAS ALVAREZ identificada con cédula de ciudadanía N° 1001187504 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: Sandra Rojas

Nombres y apellidos: SANDRA CATALINA ROJAS ALVAREZ

Cedula: 1001187504

BOGOTA, JULIO 2025

Señores:

Hospital Central

Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo, SANDRA CATALINA ROJAS ALVAREZ en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1001187504, 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. 96-7-20231-25 con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA No. 8387278430	
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	\$	179.000,00
APORTE PENSION 16%	227.760,00	\$	229.000,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES			
ASISTENCIALES 2,436%	34.676,46	\$	34.900,00
ADMINISTRATIVOS 0,522%			

Cordialmente,

Firma: Sandra Rojas

Nombres y Apellidos: SANDRA CATALINA ROJAS ALVAREZ

Cedula: 1001187504

Telefono: 3103180210

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): SANDRA CATALINA ROJAS ALVAREZ
No. Identificación: CC1001187504
Dirección: CARRERA 14Q #74-40SUR
Telefono: 3204323261
Correo: catalinarojasa019@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8387278430

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SANDRA CATALINA ROJAS ALVAREZ
Tipo y número de identificación	CC1001187504
Número de planilla	8387278430
Fecha pago	2025-06-12
Número de autorización pago	34117268
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2025
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2025
Número de Administradoras	4
Total Pagado	471600
Total Intereses de Mora	2600

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	34900	1
230301	Porvenir	229000	1
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	28700	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	179000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1001187504
APELLIDOS Y NOMBRES: SANDRA CATALINA ROJAS ALVAREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230301	1423500	1423500	1423500	1423500	178000	0	227800	0	34700	28500

-
- Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje	Recepción de artículos
100	100
90	90
80	80
70	70
60	60
50	50
40	40
30	30
20	20
10	10
0	0

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

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	
Pago 001	20	01	-	1/03/2025 5:17:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	10/04/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	0 COP	2.478.867 COP	Aceptada	Detalle
Pago 002	20	02	-	1/04/2025 1:54:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	1/05/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	0 COP	2.478.867 COP	Aceptada	Detalle
Pago 003	20	03	-	1/05/2025 12:29:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	3 días de tiempo transcurrido 10/05/2025 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	0 COP	2.478.867 COP	Aceptada	Detalle