Página: 1 de 1 Código: 2BS-FR-0021 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	POLICÍA NACIONAL

PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS

Radicado GECOP No. _____

CAPITAN
JEBRAIL MURILLO ZULETA
Jefe Grupo Financiero HOCEN

TURNO No.

No. SISCO:	N/A	**No. REGISTRO QUIPU:**	
No. CONTRATO:	96-7-20821-25	**FECHA DE RECIBIDO :**	
VALOR PAGO:	660.977.87	**NUMERO DE RADICADO SIIF:**	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :	N/A	**CONTRATISTA:.**	DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	6	**NIT DEL CONTRATISTA:**	1057581575

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 AHORROS : 24097328001 BANCO CAJA SOCIAL**

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 DEI. CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) — ok

6. FACTURA ORIGINAL: — ok

7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: 10/11/2025 — 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). PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, — ok

OBSERVACIONES : _____

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF SI x NO ____

_____

CPS- MARIA ALEJANDRA JARMILLO
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:_____

BOGOTA DICIEMBRE DE 2025

Señores:
Hospital Central Policía Nacional
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores:

Yo. **DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ** identificado con cédula de ciudadanía Nº **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

BOGOTA, DICIEMBRE 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 Articulo 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 **96-7-20821-25** con la dirección de sanidad Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		**VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA N: 90963052**
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
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2.436%	$34.700	$34.700
ADMINISTRATIVOS 0.522%		

Cordialmente,

DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ
CC 1.057.581.575
TELÉFONO: 3214948183

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1057581575	DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ	CARRERA 90A #46 - 51SUR BOSA PORVENIR	3125210416	diegoalexanderherreracruz@hotmail.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	90963052	$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	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
230301	Porvenir	800224808-8	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. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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	860066942-7	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
TOTALES	4	469.000	469.000

PAGADA

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