Pagina: 1 de 1	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0021		
Fecha: 12-03-2021	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	
Versión: 5		

Radicado GECOP No. _____

Capitan
JEBRAIL MURILLO ZULETA
Jefe Grupo Financiero HOCEN

TURNO No.

No. SISCO:	N/A	No. REGISTRO QUIPU:	
No. CONTRATO:	96-7-201321-25	FECHA DE RECIBIDO :	
VALOR PAGO:	1.817.689,13	NUMERO DE RADICADO SIIF:	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :	N/A	CONTRATISTA:	LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	3	NIT DEL CONTRATISTA:	1.074,616.646

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 BANCARIA: BANCO DE BOGOTA 605305895 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:	15 DE OCTUBRE DE 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). PARAGRAFO 1 ARTICULO 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 ____

_____

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: _____ FIRMA _____

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO. SI____ NO____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____ Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____

Powered by CamScanner

Ciudad y Fecha	BOGOTA D.C DICIEMBRE 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. 96-7-201321-25
Constancia de recibido No.	No. **03**
Contratista:	**LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ**
NIT del contratista:	**1.074.616.646**
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA**
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	N/
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	**$ 16.359.202,20**
Plazo de ejecución:	08/10/2025 AL 25/04/2026
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 de contrato

Powered by CamScanner

Fecha de entrega certificada:	01 AL 22 DE DICIEMBRE DE 2025
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025	
Acta de recepción de bienes	N/A

Unidad	Recurso	Descripción del o servicios recibidos.	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o a descontar	Valor a pagar
HOCEN	16	AUXILIAR	$ 1.817.689,13	$ 1.817.689,13	N/A	$ 1.817.689,13

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
03	DICIEMBRE 2025	$ 1.817.689,13		$ 1.817.689,13
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$ 1.817.689,13		$ 1.817.689,13

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 Clausula 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.

YENNY S

FIRMA DEL SUPERVISOR
SI. YENNY YOHANA SANCHEZ DIAZ
Auxiliar de Enfermería - Supervisor de contrato

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO No 03

Bogotá D.C., DICIEMBRE 2025

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1.074.616.646** expedida en ZIPACON la suma de **$ 1.817.689,13** por concepto de las actividades desempeñadas **DEL 01 AL 22 DE DICIEMBRE** del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **96-7-201321-25** 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° **605305895** del Banco **BACO DE BOGOTÁ** de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ
CC. 1.074.616.646 de ZIPACON
Teléfono: 3128899602

Powered by CamScanner

Bogotá D.C., DICIEMBRE 2025

Señores:
HOSPITAL CENTRAL
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, **LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ** identificada con cédula de ciudadanía N° **1.074.616.646 de ZIPACÓN** 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.

LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ
CC. 1.074.616.646 de ZIPACON
Teléfono: 3128899602

Powered by CamScanner

Bogotá D.C., DICIEMBRE 2025

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, **LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ** en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° **1,074,616,646**, de ZIPACON 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. **96-7-201321-25** con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		**VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 90633463**	
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	$	178.000,00
APORTE PENSION 16%	227.760,00	$	227.800,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES			
ASISTENCIALES 2,436%	34.676,46	$	34.700,00
ADMINISTRATIVOS 0,522%			

Cordialmente,

LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ
CC. 1,074,616,646 expedida en ZIPACO
Teléfono: 3124826171

Powered by CamScanner

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	1074616646	LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ	KR 72 C BIS 53 A SUR 59	6014634413	kathe1210_@hotmail.com	
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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	E	15/10/2025	95833463	$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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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				

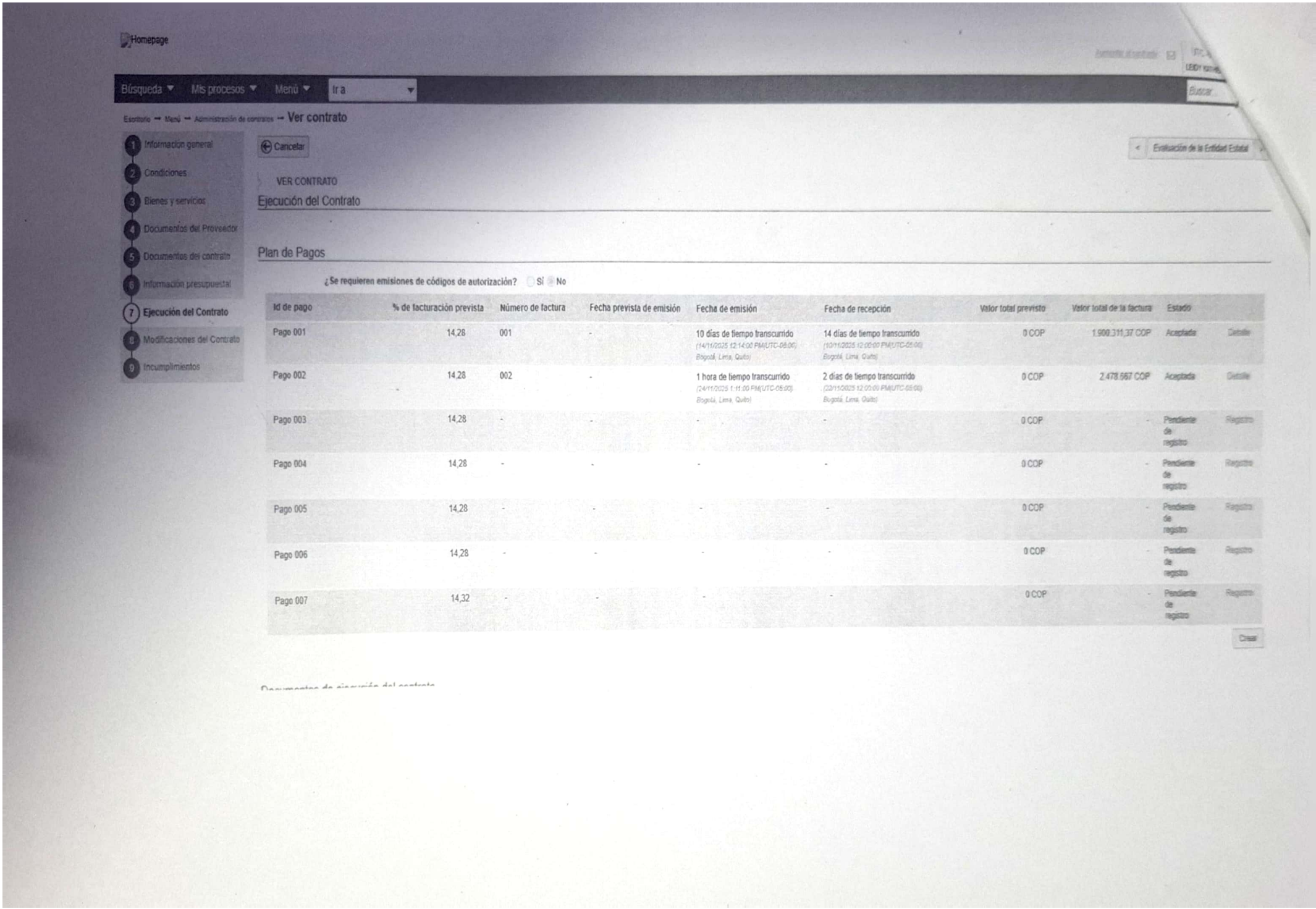
TOTALES POR SUBSISTEMA

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

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Pagina: 1 de 1 Código: 2BS-FR-0021 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	POLICÍA NACIONAL

Radicado GECOP No. _____

Capitan
JEBRAIL MURILLO ZULETA
Jefe Grupo Financiero HOCEN

TURNO No.

No. SISCO:	N/A	No. REGISTRO QUIPU:	
No. CONTRATO:	96-7-201321-25	FECHA DE RECIBIDO :	
VALOR PAGO:	660.977,87	NUMERO DE RADICADO SIIF:	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :	N/A	CONTRATISTA:.	LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	4	NIT DEL CONTRATISTA:	1.074.616.646

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 BANCARIA: BANCO DE BOGOTA 605305895 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:	15 DE OCTUBRE DE 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 ARTICULO 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 ____

_____

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: _____ FIRMA _____

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO. SI _____ NO _____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____ Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____

Powered by CamScanner

...go: 2BS-FR-0045	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	POLICIA NACIONAL
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

Ciudad y Fecha	BOGOTA D.C DICIEMBRE 2025
Unidad:	HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL
Tipo de contrato	**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. 96-7-201321-25
Constancia de recibido No.	No. **04**
Contratista:	**LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ**
NIT del contratista:	**1.074.616.646**
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	N/
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	**$ 16.359.202,20**
Plazo de ejecución:	08/10/2025 AL 25/04/2026
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 de contrato

Powered by CamScanner

Fecha de entrega certificada:	23 AL 30 DE DICIEMBRE DE 2025
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025	
Acta de recepción de bienes	N/A

Unidad	Recurso	Descripción del o servicios recibidos.	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o a descontar	Valor a pagar
HOCEN	16	AUXILIAR	$ 660.997,87	$ 660.997,87	N/A	$ 660.997,87

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
04	DICIEMBRE 2025	$ 660.997,87		$ 660.997,87
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$ 660.997,87		$ 660.997,87

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 Clausula 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.

YENNY S.

FIRMA DEL SUPERVISOR
SI. YENNY YOHANA SANCHEZ DIAZ
Auxiliar de Enfermería - Supervisor de contrato

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO No 04

Bogotá D.C., DICIEMBRE 2025

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1.074.616.646** expedida en ZIPACON la suma de **$ 660.977,87** por concepto de las actividades desempeñadas **DEL 23 AL 30 DE DICIEMBRE** del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **96-7-201321-25** 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° **605305895** del Banco **BACO DE BOGOTÁ** de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ
CC. 1.074.616.646 de ZIPACON
Teléfono: 3128899602

Powered by CamScanner

Bogotá D.C., DICIEMBRE 2025

Señores:
HOSPITAL CENTRAL
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, **LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ** identificada con cédula de ciudadanía N° **1.074.616.646 de ZIPACÓN** 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.

LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ
CC. 1.074.616.646 de ZIPACON
Teléfono: 3128899602

Powered by CamScanner

O.C., DICIEMBRE 2025

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, **LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ** en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° **1,074,616,646**, de ZIPACON 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. **96-7-201321-25** con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		**VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 90633463**
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	$ 178.000,00
APORTE PENSION 16%	227.760,00	$ 227.800,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	34.676,46	$ 34.700,00
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ
CC. 1,074,616,646 expedida en ZIPACO
Teléfono: 3124826171

Powered by CamScanner

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	1074616646	LEIDY KATHERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ	KR 72 C BIS 53 A SUR 59	6014634413	kathe1210_@hotmail.com	
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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	15/10/2025	90633463	$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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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				

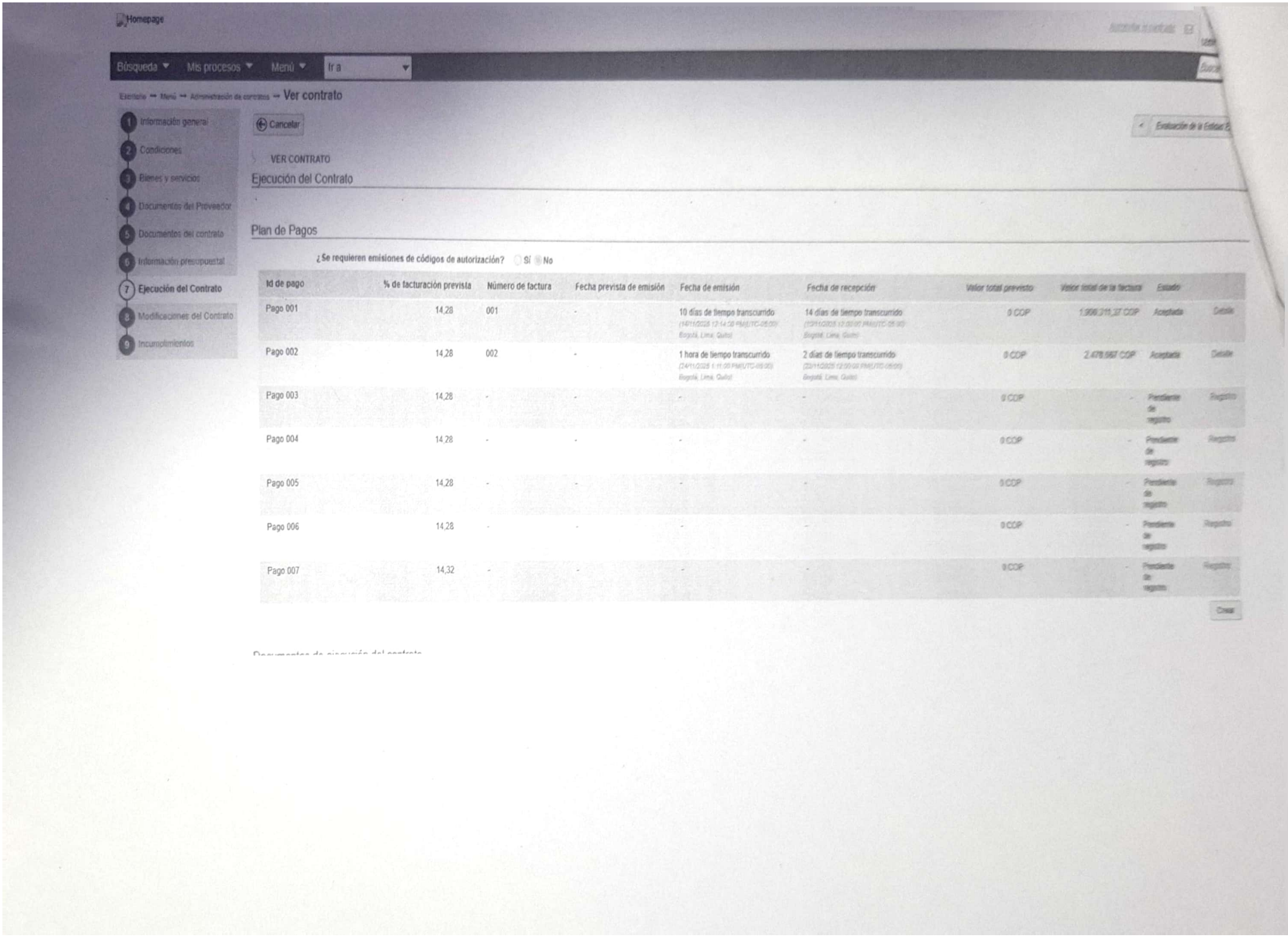
TOTALES POR SUBSISTEMA

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

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner