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:	96-7-20821-25	**FECHA DE RECIBIDO :**	
VALOR PAGO:	2.478.667.00	**NUMERO DE RADICADO SIIF:**	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :	N/A	**CONTRATISTA:.**	DIEGOALEXANDER HERRERA CRUZ
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	7	**NIT DEL CONTRATISTA:**	1.057.581.575

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 DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) — ok

6. FACTURA ORIGINAL: — ok

7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: 30/12/2025 — 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 ____

_____

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.

SI_____ **NO**_____

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____ FIRMA _____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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

BOGOTA, ENERO 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: 91765758**
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

CUENTA DE COBRO N º 7

BOGOTA ENERO 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 DE ENERO del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios N.º **96-7-20821-25** 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 ENERO 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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1057581675	DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ	CARRERA 90A #46 - 51SUR BOSA	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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	30/12/2025	91765758	$473.000	

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	13	1.500	0	179.500	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	13	1.900	0	229.700	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	13	300	35.000			347	35.000	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	13	300	28.800	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	13	0	0	0
ICBF				
0	13	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	179.500
Pensión	1	227.800	229.700
Riesgos Laborales	1	34.700	35.000
CCF	1	28.500	28.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	473.000

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