| | | |
|---|---|---|
| Código: 2BS-FR-0021<br>Fecha: 12-03-2021<br>Versión: 5 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS<br>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: | 96-7-201602-25 | FECHA DE RECIBIDO : | |
| VALOR PAGO: | 991,466.80 | NUMERO DE RADICADO SIIF: | |
| VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR : | N/A | CONTRATISTA:. | MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA |
| No. FACTURA /S\ O CUENTA DE COBRO | 1 | NIT DEL CONTRATISTA: | 1010070298 |

**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: 111810236511 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: | 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**

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: _____

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. 96-7-201602-25** |
| Constancia de recibido No. | **No. 1** |
| Contratista: | MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA |
| NIT del contratista: | 1010070298 |
| 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: | **$ 10.245.156,93** |
| Plazo de ejecución: | 19/11/2025-22/03/2026 |
| 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___ | |
| NombreDelSupervisor/coordinador del contrato ycargo que desempeña: | **PT.DIANA MARIELA JARAMILLO CANO** **Auxiliar de Enfermeria- Supervisor contrato** |

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| Fecha de entrega certificada: | 19 AL 30 DE NOVIEMBRE 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HOCEN | 16 | AUXILIAR | $ 991,466.80 | $ 991,466.80 | N/A | $ 991,466.80 |

| | |
|---|---|
| Acta de recepción de bienes | N/A |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 1 | DICIEMBRE 2025 | $991,466.80 | | $ 991,466.80 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | $ 991,466.80 | | $ 991,466.80 |

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 x* | *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.

Diana Jaramillo Cano

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
PT. DIANA MARCELA JARAMILLO CANO
Auxiliar de Enfermeria-SUPERVISOR DE CONTRA

Powered by CamScanner

# CUENTA DE COBRO N° _1_

Bogotá D.C, **DICIEMBRE 2025**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

_MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1010070298 expedida en BOGOTA_ la suma de $ _991.466.80 por concepto de las actividades desempeñadas del 19 AL 30 DEL MES de NOVIEMBRE presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No.__96-7-201602-25 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° _111810236511 del Banco __FALABELLA_ de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma:

Nombres y apellidos:MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA_

CC. _1010070298_

Teléfono: 3142307735

Powered by CamScanner

Bogotá D.C, **DICIEMBRE 2025**

Señores:
Hospital Central de la Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA identificada con cédula de ciudadanía N° 1010070298 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:

Nombres y apellidos: MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA

CC. 1010070298

Powered by CamScanner

BOGOTA DICIEMBRE 2025

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1010070298 , de BOGOTA D.C 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. 96-7-201602-25 con el Hospital Central de la Policía Nacional.

| VALOR A COTIZAR | | VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. |
|---|---|---|
| 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 | |
| APORTE PENSION 16% | 227.760,00 | |
| **APORTE RIESGOS PROFESIONALES** | | |
| ASISTENCIALES 2,436% | 34.676,46 | |
| ADMINISTRATIVOS 0,522% | | |

Cordialmente,

**Firma:**_____

**Nombres y Apellidos: MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA**

**Cedula: 1010070298**

**Telefono: 3142307735**

Powered by CamScanner

Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1010070298,** se encuentra afiliado/a desde **21/07/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de noviembre de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



Powered by CamScanner

Medellín, 25 de noviembre de 2025

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA identificado(a) con C1010070298 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10100702982532902312

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.11

Powered by CamScanner

compensar | salud eps

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1010070298, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestaci??n según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20251029 | VIGENTE |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 24 días del mes de Noviembre de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 30645293

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio





Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| Pagina: 1 de 1<br>Código: 2BS-FR-0021<br>Fecha: 12-03-2021<br>Versión: 5 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS<br>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: | 96-7-201602-25 | FECHA DE RECIBIDO : | |
| VALOR PAGO: | 660.977,87 | NUMERO DE RADICADO SIIF: | |
| VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR : | N/A | CONTRATISTA:. | MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA |
| No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO | 3 | NIT DEL CONTRATISTA: | 1010070298 |

**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: 111810236511 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: _____ | 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 ___

_____

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:_____

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 3<br>Código: 2BS-FR-0045<br>Fecha: 12-03-2021<br>Versión: 3 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS<br>CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | POLICIA NACIONAL |

| | |
|---|---|
| Ciudad y Fecha | BOGOTA D.C DICIEMBRE **2025** |
| Unidad: | HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra<br>Contrato de obra<br>Contrato de consultoría<br>Contrato de prestación de servicios: X<br>Contrato de compraventa<br>Contrato de suministro<br>Contrato interadministrativo |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | **No. 96-7-201602-25** |
| Constancia de recibido No. | **No. 03** |
| Contratista: | **MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA** |
| NIT del contratista: | **1010070298** |
| 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: | **$ 10.245.156,93** |
| Plazo de ejecución: | **19/11/2025-22/03/2026** |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | N/A |
| Lugar de ejecución y/o entrega | **HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL**<br>CARRERA 59 #26-21 CAN |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_x__ | |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | **PT. DIANA MARCELA JARAMILLO CANO**<br>Auxiliar de enfermería-Supervisora de contrato |

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| Fecha de entrega certificada: | **23 al 30 DICIEMBRE 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HOCEN | 16 | AUXILIAR | $660.977,87 | $660.977,87 | N/A | $660.977,87 |

| | |
|---|---|
| Acta de recepción de bienes | N/A |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 03 | **DICIEMBRE 2025** | $660.977,87 | | $660.977,87 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | $660.977,87 | | $660.977,87 |

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 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.

Diana Jaramillo Cano

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**PT. DIANA MARCELA JARAMILLO CANO**
Auxiliar de enfermería – Supervisora de contrato

Powered by CamScanner

# CUENTA DE COBRO N° 3

Bogotá D.C, **DICIEMBRE 2025**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1010070298 expedida en BOGOTA D.C., la suma de $ 660.977,87 por concepto de las actividades desempeñadas del 23 AL 30 del mes de DICIEMBRE del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 96-7-201602-25 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° 111810236511 del Banco FALABELLA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma:

Nombres y apellidos: MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA

CC. 1010070298

Teléfono: 3142307735

Powered by CamScanner

Bogotá D.C, **DICIEMBRE 2025**

Señores:
Hospital Central de la Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA identificada con cédula de ciudadanía N° 1010070298 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:

Nombres y apellidos: MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA

CC. 1010070298

Powered by CamScanner

BOGOTA DICIEMBRE 2025

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1010070298 , de BOGOTA D.C 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. 96-7-201602-25 con el Hospital Central de la Policía Nacional.

| VALOR A COTIZAR | | VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. |
|---|---|---|
| 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 | |
| APORTE PENSION 16% | 227.760,00 | |
| **APORTE RIESGOS PROFESIONALES** | | |
| ASISTENCIALES 2,436% | 34.676,46 | |
| ADMINISTRATIVOS 0,522% | | |

Cordialmente,

Firma:_____

**Nombres y Apellidos: MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA**
**Cedula: 1010070298**
**Telefono: 3142307735**

Powered by CamScanner

Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1010070298,** se encuentra afiliado/a desde **21/07/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de noviembre de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



Powered by CamScanner

Medellín, 25 de noviembre de 2025

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA identificado(a) con C1010070298 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10100702982532902312

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.11

Powered by CamScanner

compensar | salud eps

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1010070298, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestaci??n según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20251029 | VIGENTE |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 24 días del mes de Noviembre de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 30645293

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio





Powered by CamScanner