




Pagina: 1 de 1 Código: 2BS-FR-0021 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	<b>ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS</b>  <b>PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS</b>	 <b>POLICÍA NACIONAL</b>
<b>Radicado GECOP No.</b> _____		
CapRas <b>JEBRAIL MURILLO ZULETA</b> <span style="float: right;">10</span> Jefe Grupo Financiero HOCEN		
No. SISCO: <u>N/A</u> No. CONTRATO: <u>96-7-20870-25</u> VALOR PAGO: <u>2,478,667,00</u> VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR: <u>N/A</u> No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO: <u>8</u>	TURNO No. _____ No. REGISTRO QUIPU: _____ FECHA DE RECIBIDO: _____ NUMERO DE RADICADO SIF: _____ CONTRATISTA: <u>MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ</u> NIT DEL CONTRATISTA: <u>1.000.988.790</u>	
<b>DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS</b>		
1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO SI _____ NO <input checked="" type="checkbox"/>		
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO SI _____ NO <input checked="" type="checkbox"/>		
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO SI _____ NO <input checked="" type="checkbox"/>		
ENDOSADA A: <u>N/A</u> CUENTA BANCARIA: <u>24101232193 BANCO CAJA SOCIAL</u>		
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) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> OK</span>		
6. FACTURA ORIGINAL: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> OK</span>		
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: <u>2/02/2026</u> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> OK</span>		
8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: <u>N/A</u>		
8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN: <u>N/A</u>		
9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> OK</span>		
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> OK</span>		
11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> N/A</span>		
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> N/A</span>		
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> N/A</span>		
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. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> OK</span>		
OBSERVACIONES: _____		
LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIF <u>SI</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>NO</u> <input type="checkbox"/>		
CPS - MARIA ALEJANDRA JARAMILLO Analista Central de Cuentas HOCEN		
<b>ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO</b>		
POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____		<b>REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____		FIRMA _____
FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____		Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____

Página 1 de 3	<b>PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS</b>	 <b>POLICIA NACIONAL</b>
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021		
Versión: 3		

Ciudad y Fecha	<b>BOGOTA D.C. MARZO 2026</b>																
Unidad:	<b>HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL</b>																
Tipo de contrato	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Tipo de contrato</th> <th style="width: 40%;">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 style="text-align: center;">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.	<b>No. 96-7-20870-25</b>																
Constancia de recibido No.	<b>No. 8</b>																
Contratista:	<b>MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ</b>																
NIT del contratista:	<b>1000988790</b>																
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	<b>PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>																
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	<b>N/A</b>																
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	<b>CONTRATO: \$ 19.829.336,00</b>																
Plazo de ejecución:	<b>27/08/2028 – 26/04/2026</b>																
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	<b>N/A</b>																
Lugar de ejecución y/o entrega	<b>HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL CARRERA 59 #26-21 CAN</b>																
Incumplimiento del plazo de ejecución SI ___NO___																	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	<b>IT. SANDRA VIVIANA MONTOYA MATEUS Auxiliar de Enfermería – Supervisor de Contrato</b>																
Fecha de entrega certificada:	<b>FEBRERO 2026</b>																

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

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	\$ 2.478.667,00	\$ 2.478.667,00	N/A	\$ 2.478.667,00
	Acta de recepción de bienes						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
8	<b>MARZO 2026</b>	\$ 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  
**IT. SANDRA VIVIANA MONTOYA MATEUS**  
 Auxiliar de Enfermería – Supervisor de Contrato

## CUENTA DE COBRO N° 8

Bogotá D.C, MARZO 2026

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4 DEBE A:

**MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ** identificado con Cédula de Ciudadanía No.1000988790 expedida en LA MESA CUNDINAMARCA la suma de **\$2.478.667.00** Por concepto de las actividades desempeñadas en FEBRERO del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **96-7-20870-25** suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

Favor consignar en la cuenta de ahorros No. 24101232193 BANCO CAJA SOCIAL de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: *Monica Benitez e.*

Nombres y apellidos: **MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ**

CC. **1000988790**

Teléfono: **3206232361**

Bogotá D.C, MARZO 2026

Señores:  
Hospital Central de la Policía Nacional  
Ciudad

Respetados señores;

Yo, **MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ** identificada con cédula de ciudadanía N° **1000988790** de **LA MESA CUNDINAMARCA** 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: Monica Benitez R.

Nombres y apellidos: **MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ**

Cedula: **1000988790**

BOGOTA MARZO 2026

Señores:  
Hospital Central  
Policía Nacional  
Ciudad

Respetados señores;

Yo MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1000988790 de LA MESA CUNDINAMARCA 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. 96-7-20870-25 con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 44913047
HONORARIOS MENSUALES	2.478.667,00	2.478.667,00
BASE COTIZACION 40%	1,750,905,00	1,750,905,00
APORTE SALUD 12,5%	218,864,00	218,900,00
APORTE PENSION 16%	280,145,00	280,200,00
<b>APORTE RIESGOS PROFESIONALES</b>		
ASISTENCIALES 2,436%	42,653,00	42,700,00
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

Firma: Monica Benitez R.

Nombres y Apellidos: MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ

Cedula: 1000988790

Telefono: 3206232361

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000988790	MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ		CL 121 B6	3206232381	mlejram@032014@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUBCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	LA MESA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ABOGADA	FECHA PAGO ABOGADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOR 1
					LPC 0
					TOTAL A PAGAR
2026-01	2026-01	I	02/02/2026	44813047	\$541.800

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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 FBP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0	0	280.200	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SEMA				
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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>541.800</b>	<b>541.800</b>

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



Escritorio -> Menu -> Administración de contratos -> Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

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	12,5	1	-	30/08/2025 8:51:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	11/08/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	0 COP	330.488,93 COP	Aceptada	Detalle
Pago 002	12,5	002	-	30/09/2025 9:24:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	1/10/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	0 COP	2.478.667 COP	Aceptada	Detalle
Pago 003	12,5	003	-	31/10/2025 3:01:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	5/11/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	0 COP	2.478.667 COP	Aceptada	Detalle
Pago 004	12,5	004	-	30/11/2025 9:25:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	14/11/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	0 COP	2.478.667 COP	Aceptada	Detalle
Pago 005	12,5	005-006	-	30/11/2025 6:48:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	1/12/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	0 COP	2.478.667 COP	Aceptada	Detalle
Pago 006	12,5	007	-	5 días de tiempo transcurrido (31/01/2026 12:49:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	1/01/2026 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	0 COP	2.478.667 COP	Aceptada	Detalle
Pago 007	12,5	-	-	-	-	0 COP	-	Pendiente de registro	Registro
Pago 008	12,5	-	-	-	-	0 COP	-	Pendiente de registro	Registro

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
CD 0870 APROBACION POLIZAS, OFICIOS, ARL.pdf	CD 0870 APROBACION POLIZAS, OFICIOS, ARL.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
GS-2025-079920-DISAN INFORME SUPERVISION MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ N1.pdf	GS-2025-079920-DISAN INFORME SUPERVISION MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ N1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
INFORME SUPERVISION MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ N2.pdf	INFORME SUPERVISION MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ N2.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
GS-2025-085516-DISAN INFORME SUPERVISION MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ N2.pdf	GS-2025-085516-DISAN INFORME SUPERVISION MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ N2.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
GS-2025-091650-DISAN INFORME SUPERVISION MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ N3.pdf	GS-2025-091650-DISAN INFORME SUPERVISION MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ N3.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
INFORME DE SUPERVISION MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ 20870 NOVIEMBRE 2025.pdf.pdf	INFORME DE SUPERVISION MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ 20870 NOVIEMBRE 2025.pdf.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
GS-2025-001146-DISAN INFORME SUPERVISION N 6 MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ 96-7-20870-25.pdf	GS-2025-001146-DISAN INFORME SUPERVISION N 6 MONICA ALEJANDRA BENITEZ RAMIREZ 96-7-20870-25.pdf	Comprador	Descargar	Detalle