1 de 1	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Cod: 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:	96-7-201602-25	**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:.**	MANUELA VALENTINA BOYACA SUSA
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	5	**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:	16/02/2026	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 ___

_____

nalista Central de Cuentas HOCEN

STE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

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

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO. SI_____ NO_____

OTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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

Powered by CamScanner

Ciudad y Fecha	**BOGOTA D.C MARZO 2026**
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.** 05
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 al 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___	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	**PT.DIANA MARCELA JARAMILLO CANO** Auxiliar de enfermería-Supervisor Contrato

Powered by CamScanner

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

Fecha de entrega certificada:	FEBRERO 2026
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2026.	

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	N/A

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
05	MARZO 2026	$ 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.

Diana Jaramillo Cano

FIRMA DEL SUPERVISOR
T.DIANA MARCELA JARAMILLO CANO
Auxiliar de enfermería-Supervisor Contrato

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO N° 05

Bogotá D.C, MARZO 2026

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 $ 2.478.667,00 por concepto de las actividades desempeñadas en el mes de FEBRERO 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 de BANCO FALABELLA de acuerdo con el contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Manuela Boyaca

Nombres y apellidos: MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA

CC. 1010070298

Teléfono: 3142307735

Powered by CamScanner

Bogotá D.C, MARZO 2026

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: Manuela Boyaca

Nombres y apellidos: MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA

CC. 1010070298

Powered by CamScanner

Página 1 /
Código
Fe

BOGOTA,MARZO 2026

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 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. 49494534
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
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	42.653,00	$ 42.700,00
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

Firma: Manuela Boyaca

Nombres y Apellidos: MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA
Cedula: 1010070298
TELEFONO: 3142307735

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	1010070298	MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA	cra 54 #41-63 SUR	4677779	boyacamanuela@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - 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	
2026-01	2026-01	I	16/02/2026	49494534	$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 FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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
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	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
TOTALES	3	541.800	541.800

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

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010070298	MANUELA VALENTINA BOYACA SUBA		cra 54 #41-63 SUR	4677779	boyacamanuela@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2026-01	2026-01	I	16/02/2026	49494534	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

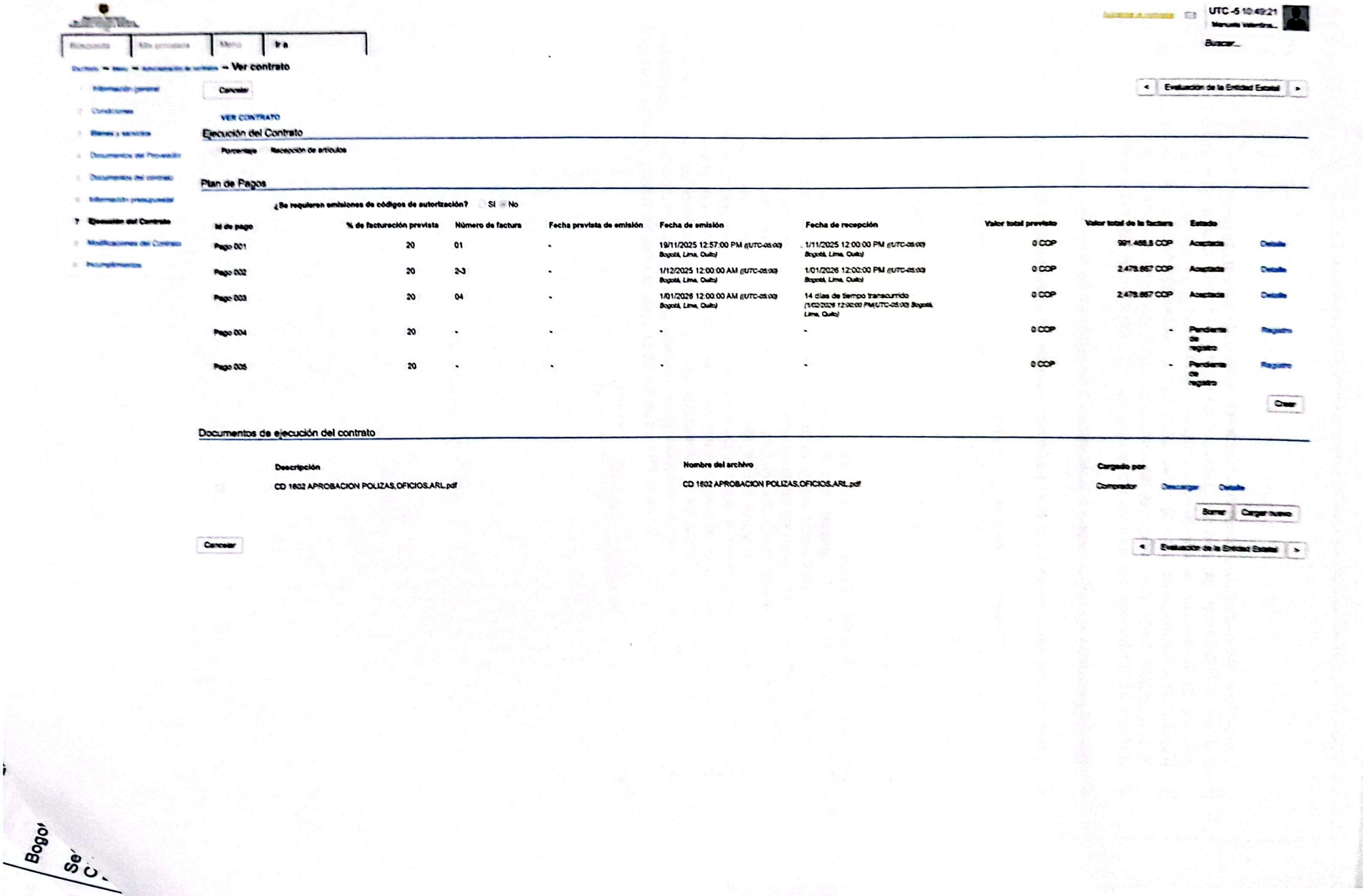
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Antiguo	Extranjero	Colom. Exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010070298	BOYACA SUBA MANUELA VALENTINA	57	0		N																		25-14	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	218.900	14-11	1.750.905	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Ver contrato

Cancelar

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	20	01	-	19/11/2025 12:57:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	1/11/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	0 COP	991.468,8 COP	Aceptada	Detalle
Pago 002	20	2-3	-	1/12/2025 12:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	1/01/2026 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	0 COP	2.479.667 COP	Aceptada	Detalle
Pago 003	20	04	-	1/01/2026 12:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	14 días de tiempo transcurrido (1/02/2026 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	0 COP	2.479.667 COP	Aceptada	Detalle
Pago 004	20	-	-	-	-	0 COP	-	Pendiente de registro	Registro
Pago 005	20	-	-	-	-	0 COP	-	Pendiente de registro	Registro

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
CD 1602 APROBACION POLIZAS,OFICIOS,ARL.pdf	CD 1602 APROBACION POLIZAS,OFICIOS,ARL.pdf	Comprador	Descargar Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal