

CUENTA DE COBRO No 06

Bogotá D.C, MAYO 2026

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830.067,597-4

DEBE A:

MIGUEL ANGEL ORTIZ ALVARADO identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.047.468.605 expedida en Cartagena, la suma de \$ 4.004.000 por concepto de las actividades desempeñadas durante ABRIL del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el **contrato** de prestaciones de servicios PN HOCEN 96-7-201634-25 suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como bacterióloga.

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 409033867 del Banco Bogotá de acuerdo con el contrato estipulado.

Atentamente,



MIGUEL ANGEL ORTIZ ALVARADO

C.C 1.047.468.605 de Cartagena

Celular 3234851348

Bogotá D.C, MAYO de 2026

**Hospital Central de la Policía Nacional
Policía Nacional**

Respetados señores;

Yo, **MIGUEL ANGEL ORTIZ ALVARADO** identificada con cédula de ciudadanía N° 1.047.468.605 expedida en Cartagena 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 Declarante del Impuesto sobre la renta.

Cordialmente,



MIGUEL ANGEL ORTIZ SALVARADO

C.C. 1.047.468.6 de Cartagena

Celular 3234851348

Código 2BS-FR-0021
Fecha 12-03-2021
Versión: 5

ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS



PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS

Radicado GEPOL No. _____

CAPITAN
JEBRAIL MURILLO ZULETA
Jefe Grupo Financiero HOCEN

TURNO No. _____

No. SISCO: N/A

No. REGISTRO QUIPU: _____

No. CONTRATO: 96-7-20t634-25

FECHA DE RECIBIDO: _____

VALOR PAGO: 4,004,000

NUMERO DE RADICADO SIIF: _____

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR: N/A

CONTRATISTA: MIGUEL ANGEL ORTIZ ALVARADO

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO 5

NIT DEL CONTRATISTA: 1047468605

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 DE AHORROS: 409033867 BANCO DE BOGOTA

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 PARAFISCALR S VIGENTE. DE ÉEMA. 10 DE ABRIL 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 _____


Hospital Central de la Policia Nacional
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, **MIGUEL ANGEL ORTIZ ALVARADO** identificada con cédula de ciudadanía N° 1.047.468.605 expedida en Cartagena , para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1° 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 N° No. PN HOCEN 96-7-201634-25 con el Hospital Central de la Policia Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA No 68900011	
Honorarios Mensuales	\$ 4.004.000	4.004.000	
Base Cotización 40K	\$ 1.750.905		1.750.905
Aporte Salud 12,5%	\$ 218.900		219.500
Aporte Pensión 16%	\$ 280.200		281.000
APORTE RIESGOS PROFESIONALES			
Asistenciales 2,436%	\$ 42.700		42.900
Administrativos 0,522%	0		0

Cordialmente,


MIGUEL ANGEL ORTIZ ALVARADO

C.C 1.047.468.605 de *Cartagena

Celular 3234851348

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	SECTOR	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION
CC	10744805	MIGUEL ANGEL ORTIZ ALVARADO	CARRERA 107 845A-43 SUR
TORNO REPRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SOCIAL	DEPARTAMENTO
1 - Independiente	1 - Independiente	BOGOTA D. C.	BOGOTA D. C.
			EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
			NO

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (MM/AA/AAAA)	NOMBRE PLANILLA	FECHA PAGO (MM/AA/AAAA)
		68000011	10/04/2008
PERIODO SALUD	PERIODO PAGO	TIPO PLANILLA	TOTAL MONEDA
2008-03	2008-03	1	\$0
			TOTAL a PAGAR
			\$143.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

Codigo EPS	Nombre	Cotizacion Obligatoria		UPC Adicional	Incapacidades		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
		NT	NT		No. Autorizaciones	Valor					
EPS-SUR	Compensar EPS	218.900	0	0	0	0	4	800	0	218.900	1

TOTALES PENSION

Codigo AFP	Nombre	Cotizacion Obligatoria		UPC Adicional	Aportes Voluntarios Afiliado	Aportes Voluntarios Aportante	Aporte FFP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora FFP	Total a Pagar	No. Afiliados
		NT	NT									
230301	Pension	80224008-8	280.200	0	0	0	0	4	800	0	281.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Codigo ARL	Nombre	Cotizacion Obligatoria	Incapacidades		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora Saldos a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
			No. Autorizaciones	Valor						
14-11	ARL SURIA	89003790-5	42.700	0	4	42.700	0	427	42.800	0

TOTALES CAJAS

Codigo CCF	Nombre	Valor Aporte		Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
		NT	NT				

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	4	0	0	0
0	4	0	0	0
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	0	0	0
ESAP				
0	4	0	0	0
MEN				
0	4	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor aportes de CCE, LRA, PFP y Salud	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pension	1	280.200	281.000
Riesgos Laborales	1	42.700	42.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	543.400

