

02A7452 001 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

No. SISCO: _____ **N/A**

No. CONTRATO: _____ **96.7.20474.28**

VALOR PAGO: _____ **2.602.590,00**

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

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO _____ **1**

TURNO No. _____

No. REGISTRO QUIPU: _____

FECHA DE RECIBIDO: _____

NUMERO DE RADICADO SIIF: _____

CONTRATISTA: _____ **BLANCA JEANNETTE JARAMILLO NIETO**

NIT DEL CONTRATISTA: _____ **1024463768**

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO
 SI _____ NO ☒
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO
 SI _____ NO ☒
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO
 SI _____ NO ☒

ENDOSADA A: N/A **CUENTA AHORROS : 0550488405295624 DAVIVIENDA**

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: _____ **14/07/2026** 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 ☒ NO _____

CPS- MARIA ALEJANDRA JARMILLO
 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:** _____

BOGOTA AGOSTO DE 2026

Señores:

Hospital Central Policía Nacional
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores:

Yo. BLANCA JEANNETTE JARAMILLO NIETO identificado con cédula de ciudadanía N.º **1.024463768** 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



BLANCA JEANNETTE JARAMILLO NIETO
C.C **1.024463768**
TELÉFONO: 3003234601

BOGOTA AGOSTO DE 2026

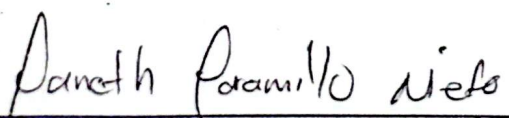
Señores:
Hospital Central Policía Nacional
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores:

Yo, BLANCA JEANETH JARAMILLO NIETO en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N.º **1024463768** expedida en BOGOTA , para los efectos previstos en el Artículo 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 N.º **96-7-20474-26** con la dirección de sanidad Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA N: 93157196
HONORARIOS MENSUALES	\$ 2.602.590.00	\$ 2.602.590.00
BASE COTIZACIÓN 40%	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905
APORTE SALUD 12.5%	\$218.900	\$218.900
APORTE PENSIÓN 16%	\$280.100	\$280.200
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2.436%	\$42.700	\$42.700
ADMINISTRATIVOS 0.522%		

Cordialmente,


BLANCA JEANNETTE JARAMILLO NIETO

BOGOTA AGOSTO DE 2026

CUENTA DE COBRO N 1

LA DIRECCION DE SANIDAD HOSPITAL CENTRAL
DE LA POLICÍA NACIONAL
NIT: 830067597-4

DEBE A:

BLANCA JEANNETTE JARAMILLO NIETO identificado con Cédula de Ciudadanía N **1024463768** expedida en Bogotá, la suma de \$2.602.590.00 por concepto de las actividades desempeñadas del mes de JULIO del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios N.º **96-7-20474-26** 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 0550488405295624 del Banco DAVIVIENDA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,


BLANCA JEANNETTE JARAMILLO NIETO
C.C 1.024463768
TELEFONO 3003234601

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOR CANTIDAD UPIC
		93157196	14/07/2026	1
				3
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL HÓMRNA	TOTAL A PAGAR
2025-06	2025-06	1	\$0	\$541'300

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora	Valor Mora Cotización	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Poverin	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización		Aportes Otros	Valor Neto	Días		Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria				No. Autorización	Valor							
14-11	ARL SURA	890903790-5	42,700			42,700	0	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

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

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	1024463768	BLANCA JEANNETTE JARAMILLO NIETO		CALLE 61 # 17 A 18	7914542	janeth.vayozlett@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		NO
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.		

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOR	CANTIDAD UPIC
		93157196	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL MONEDA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$541.900	

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]