Pagina: 1 de 1	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	
Código: 2BS-FR-0021		
Fecha: 12-03-2021	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	POLICÍA NACIONAL
Versión: 5		

Radicado GECOP No. _____

Capitan
JEBRAIL MURILLO ZULETA
Jefe Grupo Financiero HOCEN

TURNO No.

No. SISCO:	**N/A**	**No. REGISTRO QUIPU:**	
No. CONTRATO:	96-7-20339-26	**FECHA DE RECIBIDO :**	
VALOR PAGO:	2.602.590,00	**NUMERO DE RADICADO SIIF:**	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :	**N/A**	**CONTRATISTA:.**	**KENELMA NIYIRETH VILLAMIL SEPULVEDA**
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	2	**NIT DEL CONTRATISTA:**	**35.263.872**

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:** 0550488401128837 **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: **10/06/2026**	**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 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:_____

Ciudad y Fecha	BOGOTA D.C, JULIO 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 – 20339-26**
Constancia de recibido No.	**No. 2**
Contratista:	**KENELMA NIYIRETH VILLAMIL SEPULVEDA**
NIT del contratista:	**35.263.872**
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:	**$ 15.615.540,00**
Plazo de ejecución:	26 DE MAYO DE 2026 AL 25 DE NOVIEMBRE DE 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:	**SI. LEIDY PAOLA RUIZ MURCIA** **Auxiliar de Enfermeria – Supervisor de Contrato**

Fecha de entrega certificada:	**JUNIO 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	**$2.602.590,00**	**$2.602.590,00**	N/A	**$2.602.590,00**

Acta de recepción de bienes	N/A

No. Factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
2	JULIO 2026	**$2.602.590,00**		**$2.602.590,00**
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$2.602.590,00**		**$2.602.590,00**

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 _X_ No__**	**Observaciones y Evidencias**
1	Hacer el recibo y entrega de turno de acuerdo al protocolo institucional y a la hora establecida por la institución para tal fin junto con el equipo de auxiliares y enfermeras jefes que entregan y quienes reciben el servicio.	**Sí _X_ No__**	
2	Asistir a los profesionales y especialistas tratantes, en los procedimientos con el fin de coadyuvar en la atención integral del paciente.	**Sí _X_ No__**	
3	Ejecutar el plan de actividades de enfermería teniendo en cuenta el tipo de paciente y su patología; pacientes de alta, mediana y baja complejidad realizando todas y cada una de sus	**Sí _X_ No__**	

	actividades con ética y moral de acuerdo a la normatividad establecida para ejerció de la enfermería.		
4	Realizar la atención de ingreso, egreso y de traslado de pacientes de acuerdo a los protocolos instituciones y aplicando las políticas de seguridad del paciente.	**Sí _X_ No__**	
5	Realizar las notas de enfermería en la historia clínica SISAP, PANEL DE ENFERMERIA y KARDEX; en orden cronológico y de forma clara, amplia, coherentes, reales (manual o sistematizada) de la atención del cuidado básico diario (baño, cuidados de la piel, cambio de tendidos de unidad, asistencia a la alimentación, asistencia a la eliminación) realización de procedimientos, actividades e intervenciones; inherentes a su patología y estado actual.	**Sí _X_ No__**	
6	Una vez asignado el servicio en el cual prestará el turno, el contratista, deberá permanecer activamente en el mismo, atento a las órdenes de la enfermera jefe y/o médicos del turno.	**Sí _X_ No__**	
7	Mantener informado a la enfermera profesional sobre los procedimientos, exámenes realizados y cambios que observe en los pacientes, observando permanentemente su evolución, signos vitales, administración y balance de líquidos, así como el estado general del mismo.	**Sí _X_ No__**	
8	Brindar atención integral a los pacientes del subsistema de Salud de la Policía Nacional cumpliendo con los protocolos de toma de signos vitales, control de líquidos administrados y eliminados, hoja neurológica etc, asistencia de actividades de la vida diaria y procedimientos propios que se deriven de la atención y condición clínica del paciente.	**Sí _X_ No__**	
9	Realizar la movilización y traslado de	**Sí _X_ No__**	

	pacientes de alto, mediano y bajo riesgo de acuerdo a las necesidades y ordenes medicas		
10	Adherirse y cumplir de forma permanente los protocolos del departamento de enfermería según el lugar asignado para el cumplimiento de sus funciones ejerciendo su profesión con ética y moral. Priorizando en todos los servicios el cumplimiento del protocolo de bioseguridad aplicando las medidas de asepsia y prevención de infecciones intra hospitalarias de acuerdo a la normatividad vigente.	**Sí _X_ No__**	
11	Observar siempre la excelente presentación personal, utilizar uniforme totalmente blanco, zapatos blancos de cuero antideslizante, toca, cabello recogido para el área de hospitalización y urgencias, o uniforme correspondiente a la Unidad de Cuidado Intensivo, con sus respectivos elementos de protección personal. No utilizar exceso de accesorios (cadenas, aretes, manillas) ni de maquillaje, está prohibido el uso de uñas acrílicas, con maquillaje semipermanente o algún tipo de esmalte, en atención a las medidas de bioseguridad y dando cumplimiento a la estrategia del Lavado de manos	**Sí _X_ No__**	
12	Restringir al máximo el uso del celular durante la jornada laboral y difundir mediante fotografías información de carácter privado	**Sí _X_ No__**	
13	Cumplir con la Política del Trato Humanizado establecido por la Dirección de Sanidad en el cual se incluye el decálogo del buen trato.	**Sí _X_ No__**	
14	Dar cumplimiento al protocolo de bioseguridad para la prevención de infecciones intrahospitalarias de acuerdo a la normatividad vigente, que asegure un ambiente sano y seguro a los pacientes.	**Sí _X_ No__**	
15	El contratista se compromete a la adherencia a los protocolos institucionales, en especial a	**Sí _X_ No__**	

	los referentes para la atención del SARS COVID ll y en específico con la utilización estricta de los elementos de protección personal, distanciamiento social cuando este sea necesario (consumo de alimentos, reuniones, etc.)		
16	Realizar custodia de la historia clínica de los pacientes que se encuentran internados en esta unidad hospitalaria, así mismo hacer el proceso de depuración de las historias clínicas para ser entregadas al archivo clínico.	**Sí _X_ No__**	
17	Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada (Secreto profesional).	**Sí _X_ No__**	
18	Realizar los procedimientos de limpieza y desinfección de las unidades médicas del paciente, star de enfermería, cuarto limpio, etcetera.	**Sí _X_ No__**	
19	realizar la organización de los líquidos de la estantería de la central de enfermería los líquidos (Solución salina, Lactato Ringer, Dextrosa etcetera) .	**Sí _X_ No__**	
20	En el marco de la comunicación oficial No GS-2025-089215-DISAN del 22 de octubre 2025, en referencia a la Nota 3 la fijación técnica de necesidades de personal certificadas por servicio no limita que, en función de las dinámicas operativas diarias y con el fin de garantizar la continuidad y eficiencia en la atención, el talento humano en sus diferentes perfiles podrán ser trasladados a otros servicios asistenciales del Hospital Central, conforme a las prioridades institucionales y bajo las directrices de los jefes de servicio o departamento sin que ello represente una modificación a la asignación técnica previamente certificada por servicio.	**Sí _X_ No__**	
21	Con el fin de garantizar una atención segura y de alta calidad a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional	**Sí _X_ No__**	

	que acuden al Hospital Central el contratista deberá mantener actualizados durante el tiempo de ejecución del contrato los certificados de los cursos obligatorios exigidos para el desempeño de la profesión (primer respondiente, curso de soporte vital básico, atención de víctimas de violencia sexual, atención de víctimas de ataques con agentes químicos)		
22	y las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato de acuerdo al objeto contractual.	Sí _X_ No__	

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.

Leidy Ruiz M.

FIRMA DEL SUPERVISOR
SI. LEIDY PAOLA RUIZ MURCIA
Auxiliar de Enfermeria – Supervisor de Contrato

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO N° 2

Bogotá D.C, **JULIO 2026**

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

KENELMA NIYIRETH VILLAMIL SEPULVEDA identificado con Cédula de Ciudadanía No. **35.263.872** expedida en **Villavicencio** la suma de **$2.602.590,00** por concepto de las actividades desempeñadas en el mes de **JUNIO** del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **96-7-20339-26** suscrito con el Hospital Central de la Policía Nacional para prestar mis servicios como **Auxiliar de enfermería.**

Favor consignar en la cuenta de ahorros N°**05504884011288 37** del Banco **DAVIVIENDA** de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Kenelma villamil

Nombres y apellidos: **KENELMA NIYIRETH VILLAMIL SEPULVEDA**

CC. **35.263.872**

Teléfono: **3223089538**

Powered by CamScanner

Bogotá D.C, **JULIO 2026**

Señores:
Hospital Central de la Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, **KENELMA NIYIRETH VILLAMIL SEPULVEDA** identificada con cédula de ciudadanía N° **1.025.140.726** de **Villavicencio** 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: Kenelma villamil

Nombres y apellidos: **KENELMA NIYIRETH VILLAMIL SEPULVEDA**

Cedula: **35.263.872**

Powered by CamScanner

BOGOTA, JULIO 2026

Señores
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores,

Yo, **KENELMA NIYIRETH VILLAMIL SEPULVEDA** en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° **35.263.872** , de Villavicencio 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. **96-7-20339-16** con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 1082708095	
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: Kenelma villamil

Nombres y Apellidos: KENELMA NIYIRETH VILLAMIL SEPULVEDA

Cedula: 35.263.872

Telefono: 3223089538

Powered by CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-06-10, 02:59:21 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1082708095

Periodo Cotización: mayo de 2026 **Periodo Servicio:** mayo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824179437

PAGADO 10/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KENELMA NIYIRETH VILLAMIL SEPULVEDA		
Documento	CC35263872	**Dirección**	CL 86 #95 - 23
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223089538
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 35263872	KENELMA NIYIRETH VILLAMIL SEPULVEDA	59	00	C																0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900	$ 0	$ 576.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
HOSPITAL CENTRAL

Nro. GS-2026-045311 /ARLOF- GRUCO 20.1

Bogotá D.C. 25 de mayo de 2026

Señor (a)
KENELMA NIYIRETH VILLAMIL SEPULVEDA
CRA 69 P # 85-15
TÉCNICO ASISTENCIAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA CUIDADO INTENSIVO
BOGOTÁ D.C.

Asunto: Inicio ejecución de contrato No. **96-7-20339-26**

Respetuosamente le informo, que los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato de la referencia, cuyo objeto es la prestación de servicios como "TÉCNICO ASISTENCIAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA CUIDADO INTENSIVO", con fecha de inicio el día **26 de mayo de 2026**, con un plazo de ejecución de **180** días para la vigencia 2026, suscrito con usted se encuentra surtido en su totalidad; en consecuencia se puede iniciar la ejecución del mismo.

De igual forma se le informa que la supervisión del contrato estará a cargo del (la) señor (a) Subintendente LEIDY PAOLA RUIZ MURCIA, uniformado asignado al departamento de enfermeria, con número de celular 3214001042 y correo electrónico leidy.ruiz1766@correo.policia.gov.co

Atentamente,

Mayor **JHONNY ALEXANDER GUERRERO GRANADOS**
Director Hospital Central de la Policía Nacional

Anexos: (NO)

Elaboró: Subintendente MICHAEL STIVEN MONROY PATIÑO
ARLOF / GRUCO

Revisó: Abogada RUBIELLA RAGONESI REDONDO
ARLOF / GRUCO

Revisó: Teniente CAROLINA CARDONA QUICENO
ARLOF / GRUCO

Aprobó: Mayor GUILLERMO ENRIQUE USMA REYES
DIREC / ARLOF

Fecha de Elaboración: 25/05/2026
Ubicación: C:\Users\comunicaciones oficiales

Carrera 59 No.26-21
Teléfono: 55044001 Ext 2147
Hocen.gucot4@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACION PÚBLICA