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

Radicado GECOP No.	N/A
Grado	N/A
Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta	N/A
Cargo del funcionario	N/A

TURNO No.

No. SISCO:	PR-DEPUY-0043-26	No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN):	
No. CONTRATO:	34-7-20016-26	**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:**	JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	2	**NIT DEL CONTRATISTA:**	1123304905

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO		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: (RELACIONAR NOMBRE, NIT Y CUENTA BANCARIA DEL TERCERO CESIONARIO BENEFICARIO DEL PAGO) **N/A**	**CUENTA BANCARIA:** N/A		
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)			S/A
6. FACTURA ORIGINAL:			S/A
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA:	17/07/2026		S/A
8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN:	N/A		
8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN):	N/A		
9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP			S/A
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP			S/A
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,			S/A

OBSERVACIONES : _____

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF SI X NO ____

FIRMA

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITA LA CUENTA) **PP. SANDRA PAOLA HERNÁNDEZ MEJÍA**

CARGO Y UNIDAD **RESPONSABLE CENTRAL DE CUENTAS DEPUY**

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: _____

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO

Nit:	**880141203**	**Dirección:**	**CALLE 8 CRA 8 No. 56 B/Centro Mocoa**
Teléfono:	**608-4201259**	**Correo Electrónico:**	depuy.gucue@policia.gov.co

DEBE A

C.C./NIT.:	1.123.304.905	**de**	**Puerto Asis Putumayo**	**Razón Social:**	**JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ**		**Profesión:**	TECNICO - AUXILIAR DE ENFERMERIA	
Tel. :	**3102560224**	**Dirección:**	**VEREDA NUEVA ESPERANZA**				**Ciudad:**	**MOCOA**	
No. Contrato:	**34-7-20016-26**		**Fecha Inicial Contrato:**	**19/05/2026**	**Fecha Terminación Contrato:**	**18/10/2026**	**Valor Total del Contrato:**	**$**	**13.012.950,00**
Mes Facturado:	**JULIO**		**Vigencia:**	**2026**	**Total Hora Mes:**	**190**	**Periodo Certificado Mes:**	**19/06/2026** al **18/07/2026**	
La Suma de:									**2.602.590,00**

PERTENEZCO AL RÉGIMEN DE TRIBUTACIÓN

RÉGIMEN ORDINARIO	RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN
SI	NO

Certificó bajo la gravedad de Juramento, para efectos previstos en el Estatuto Tributario en materia de Impuesto de Renta, y dentro de la ejecución del contrato por prestación de servicios en desarrollo de mi profesión, que pertenezco a la siguiente cédula.

RENTA DE TRABAJO	HONORARIOS
SI	NO

Me acojo al Artículo 383 "Tabla de Retención en la Fuente para Ingresos Laborales Gravados" del Estatuto Tributario.	NO	**Estoy obligada (o) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (2025)**	NO

Numero:	**2**	**Tipo:**	**OTRO DOCUMENTO DE COBRO**	**Fecha Expedición:**	/ /

CUENTA BANCARIA

Numero Cuenta:	**598-260-446**	**Banco:**	**BANCO BBVA**	**Tipo:**	**AHORRO**	**Estado:**	**Activa**

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

RANGOS A PAGAR			REGISTRO VALORES PAGADOS POR EL CONTRATISTA		
Base Cotización:	40%	**$ 1.750.905,00**	N/A		Administradora
Aporte Salud:	12,5%	**$ 218.863,13**	$	218.900,00	**NUEVA / EPS**
Aporte Pensión:	16%	**$ 280.144,80**	$	280.200,00	**PORVENIR**
Aporte ARL:	2,436%	**$ 42.652,05**	$	-	**POSITIVA**
TOTAL		**$ 541.659,97**	**$**	**499.100,00**	

Mes Pagado SSSI	JULIO	**No. Planilla**	9506450873	**Planilla Integral de Liquidación de Aportes (PILA):**	APORTES EN LINEA

Objeto:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TECNICO ADMINISTRATIVO PARA EL GRUPO MEDICO LABORAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B PUTUMAYO.**

JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ
C.C 1.123.304.905
TECNICO - AUXILIAR DE ENFERMERIA

CERTIFICACIÓN DETERMINACIÓN DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS NATURALES

Yo, JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ , mayor de edad, identificado con cédula de ciudadania No. 1.123.304.905 expedida en Puerto Asis Putumayo de profesión TECNICO - AUXILIAR DE ENFERMERI , certificó bajo la gravedad de juramento, para efectos previstos en el estatuto tributario en materia de impuesto de renta modificado por la reforma tributaria estructural ley 1819 de 2016, y dentro de la ejecución del contrato por prestación de servicios en desarrollo de mi profesión, que pertenezco a la siguiente cédula:

a) Rentas de trabajo: Articulo 103 del Estatuto tributario:
Se consideran rentas exclusivas de trabajo, las obtenidas por personas naturales por concepto de salarios, comisiones, prestaciones sociales, viáticos, gastos de representación, honorarios, emolumentos eclesiásticos, compensaciones recibidas por el trabajo asociado cooperativo y, en general, las compensaciones por servicios personales.

SI

b) Honorarios pagados a persona naturales con pagos superiores a 3,300 UVT: 11%. Cuando del contrato se desprenda que los ingresos que obtendrà la persona natural beneficiaria del pago o abono en cuenta superan en el año gravable el valor de tres mil trescientas 3,300 UVT. ($ 172.834.200,00)
Cuando los pagos o abonos en cuenta realizados durante el ejecicio gravable por un mismo agente retenedor a una misma persona natural superen en el año gravable el valor de tres mil trescientas 3,300 UVT. ($ 172.834.200,00)

NO

c) **NO** Estoy obligada (o) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior.

Por último, certificó bajo la gravedad de juramento, que durante el año gravable 2025 mi patrimonio bruto en el último día del año gravable 2025 no exceda de cuatro mil quinientas (4.500) UVT ($235.683.000), que los ingresos totales del respectivo ejercicio gravable no sean superiores a mil cuatrocientas UVT (1.400) ($ 73.323.600,00), que los consumos mediante tarjeta de crédito no excedan de mil cuatrocientas (1.400) UVT ($ 73.323.600,00), Que el valor total de compras y consumos no supere las mil cuatrocientas (1.400) UVT ($ 73.323.600,00), Que el valor total acumulado de consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, no excedan de mil cuatrocientas (1.400) UVT ($ 73.323.600,00).

Supere los Topes **NO**

Para constancia firmo a los / /

FIRMA _____

POS-FIRMA: JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ

C.C 1.123.304.905 DE Puerto Asis Putumayo

CELULAR 3102560224

POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

(Administrativo)

Fecha de Elaboración					
/ /					
Periodo que se Certifica					
Desde			**Hasta**		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
19	06	2026	18	07	2026

I. Ubicación: Hace referencia al lugar donde se ejecuto el servicio contratado, de acuerdo con la estructura de la Resolución No. 0267 DEL 25-01-2023

1. Unidad / U.S.P: **DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO**
2. Dependencia / Área: **UNIDAD PRESTADORA DE SALUD**
3. Servicio / Grupo: **RESPONSABLE AXILIAR ABMINISTRATIVO PROCESO MEDICINA LABORAL**

II. Datos del Contratista

1. Apellidos y Nombres:	2. No. Documento de Identidad:
JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ	**1.123.304.905**

3. Profesión:
TECNICO - AUXILIAR DE ENFERMERIA

4. Especialidad:
Medicina Laboral

5. Objeto del Contrato:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TECNICO ADMINISTRATIVO PARA EL GRUPO MEDICO LABORAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B PUTUMAYO

6. Contrato No:	Asistencial	Administrativo
34-7-20016-26	-	X

III. Informe de Actividades Mensual (Escriba las principales actividades realizadas o en ejecución por el contratista)	**Cantidad**
DEMANDA INDUCIDA ACERCA DEL PROCESO MEDICINA LABORAL	51
SOCIALIZACION DE ACTAS	6
RESPUESTA COMUNICACIONES OFICIALES	31
SOLICITUDES Y RESPUESTAS VIA CORREO	34
INICIOS DE ESTUDIO MEDICINA LABORAL	2
ACONPAÑAMIENTO INICIOS DE ESTUDIO MEDICINA LABORAL	1
SEGUIMIENTOS MEDICO LABORALES	21

VALOR A COTIZAR			VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA NUMERO		DIFERENCIA
			MES PAGADO	JULIO	
			9506450873		
HONORARIOS MENSUALES	$	2.602.590,00			
BASE COTIZACION 40%	$	1.750.905,00			
APORTE SALUD 12,5%	**$**	**218.863,13**	$ 218.900,00		$ (36,88)
APORTE PENSION 16%	**$**	**280.144,80**	$ 280.200,00		$ (55,20)
APORTE RIESGOS PROFESIONALES					
ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS 2,436%	**$**	**42.652,05**	$ -		$ 42.652,05
TOTALES	**$**	**541.659,97**	**$**	**499.100,00**	

IV. Cumplimiento y Aportes	**SI**	**NO**	**Entidad**
1. Objeto del Contrato	X		
2. Pago Salud	X		NUEVA / EPS
3. Pago Pension	X		PORVENIR
4. Pago Riesgos Profesionales	X		POSITIVA

NOTA: El no pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en el monto correspondiente de ley podrá dar lugar a la imposición de multas por incumplimiento. En caso de ser reiterativo dara lugar a la caducidad del contrato. (Articulo 1° Ley 828 del 2003)
* Los pagos derivados del presente contrato quedaran sujetos a la verificacion por parte del supervisor del cumplimiento de los aportes al SGSSS y en caso de presentarse diferencia la Direccion de Sanidad procedera a retener y girar las sumas adeudadas al Sistema General de Seguridad Social. (Articulo 2 del Decreto 129 del 21 de enero de 2010).
* A la presente Certificacion de Cumplimiento debera adjuntarse informe de actividades y la cuenta de cobro.

OBSERVACIONES:

PT. MARIA YAKELINE GARCIA NAVARRO
RESPONSABLE ARCHIVO

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B PUTUMAYO

GS–2026– 056896 **–DEPUY–SUSAN –UPRES–20.1**

Mocoa, 19 de julio de 2026

Señora Patrullera
MARIA YAKELINE GARCIA NAVARRO
Supervisor contrato No. 34-7-20016-26
Calle 8 carrera 9 Esquina Barrio centro
Mocoa

Asunto: Informe de actividades, procesos, procedimientos desde el 19 de junio hasta 18 de julio 2026

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL	CANTIDAD
DEMANDA INDUCIDA ACERCA DEL PROCESO MEDICINA LABORAL	51
SOCIALIZACIÓN DE ACTAS	6
RESPUESTA COMUNICACIONES OFICIALES	31
SOLICITUDES Y RESPUESTAS VIA CORREO	34
INICIOS DE ESTUDIO MEDICINA LABORAL	2
ACONPAÑAMIENTO INICIOS DE ESTUDIO MEDICINA LABORAL	1
SEGUIMIENTOS MEDICO LABORALES	21
CAPACITACIONES	5
ASIGNACION DE CITAS	17
GESTIÓN CITAS RED EXTERNA	13
GESTIÓN AUTORIZACIONES	8
ACOMPAÑAMIENTO ACTIVIDAD DIFERENCIAL	2
TOTAL ACTIVIDADES	**191**

Atentamente,

CPS-05 **JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ**
Responsable Técnico de Apoyo Medicina Laboral

Elaboró: CPS-05– **JADIER YAMT CAÑAS GONZALEZ**
Técnico Administrativo
Oficina de Medicina Laboral

Revisó: Patrullera **MARÍA YAKELINE GARCÍA NAVARRO**
Supervisor contrato No. 34-7-20016-26

Fecha de elaboración: 19-07-2026
Ubicación: E:\ JADIER CAÑAS\ cuenta de cobro/ formato de actividades

Calle 8 Carrera 9 Esquina Barrio Centro
Tel. 4201259 Celular 3176341261
depuy.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co/disan

INFORMACIÓN PÚBLICA

aportes en línea

Comprobante de Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 1123304905		CAÑAS GONZALEZ JADIER YAMIT	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	jadierca21@gmail.com	MOCOA-PUTUMAYO	3102560224

Clave: 9506450873

Periodo Pensión: 2026-07 **Periodo Salud: 2026-07**

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2026/08/04	0	$0	$499,100

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$280,200
PORVENIR		1	$280,200
EPS	1	1	$218,900
NUEVA E.P.S.		1	$218,900
SUBTOTAL			$499,100
TOTAL			$499,100

Canales de Pago

BANCARIOS	NO BANCARIOS
Banco AV Villas, Banco de Occidente, Banco de Bogotá	efecty, éxito, SURTIMAX, Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

Pagaste en PLANILLA AS APORTES EN LINEA

Hiciste un pago en PLANILLA AS APORTES EN LINEA de $499,100.00.

Estado: Exitoso

Comprobante de Pago

Digite codigo de planilla: 9506450873
Fecha del pago: 2026-07-17 11:31:14