| 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 :** | 19 / 08 / 2026 |
| **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** | 3 | **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 BENEFICIARIO 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: | 17/08/2026 | | 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) **SI. JEISSON JOSÉ MORENO GORDILLO**

CARGO Y UNIDAD **RESPONSABLE CENTRAL DE CUENTAS DEPUY (E)**

**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:** | **AGOSTO** | **Vigencia:** | **2026** | **Total Hora Mes:** | **190** | **Periodo Certificado Mes:** | **19/07/2026** | **al** | **18/08/2026** |
| **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:** | **3** | **Tipo:** | **OTRO DOCUMENTO DE COBRO** | **Fecha Expedición:** | **19 / 08 / 2026** |

## 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** | AGOSTO | **No. Planilla** | 9508008028 | **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 19 / 08 / 2026

FIRMA _____

POS-FIRMA: JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ

C.C 1.123.304.905 DE Puerto Asis Putumayo

CELULAR 3102560224

| POLICIA NACIONAL<br>DIRECCION DE SANIDAD | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO<br>(Administrativo) | Fecha de Elaboración<br>19 / 08 / 2026 |
|---|---|---|

**Periodo que se Certifica**

| Desde | | | Hasta | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| 19 | 07 | 2026 | 18 | 08 | 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**<br>(Escriba las principales actividades realizadas o en ejecución por el contratista) | **Cantidad** |
|---|---|
| DEMANDA INDUCIDA ACERCA DEL PROCESO MEDICINA LABORAL | **55** |
| SOCIALIZACION DE ACTAS | **1** |
| RESPUESTA COMUNICACIONES OFICIALES | **26** |
| SOLICITUDES Y RESPUESTAS VIA CORREO | **24** |
| INICIOS DE ESTUDIO MEDICINA LABORAL | **3** |
| ACONPAÑAMIENTO A JUNTAS DE MEDICINA LABORAL | **4** |
| SEGUIMIENTOS MEDICO LABORALES | **11** |

| VALOR A COTIZAR | | | VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA NUMERO<br>MES PAGADO: AGOSTO<br>9508008028 | | DIFERENCIA |
|---|---|---|---|---|---|
| **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–** 066063 **–DEPUY–SUSAN –UPRES–20.1**

Mocoa, 19 de agosto 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 julio hasta 18 de agosto 2026

| INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL | CANTIDAD |
|---|---|
| DEMANDA INDUCIDA ACERCA DEL PROCESO MEDICINA LABORAL | 55 |
| SOCIALIZACIÓN DE ACTAS | 1 |
| RESPUESTA COMUNICACIONES OFICIALES | 26 |
| SOLICITUDES Y RESPUESTAS VIA CORREO | 24 |
| INICIOS DE ESTUDIO MEDICINA LABORAL | 3 |
| ACONPAÑAMIENTO JUNTAS DE MEDICINA LABORAL | 4 |
| SEGUIMIENTOS MEDICO LABORALES | 11 |
| CAPACITACIONES | 1 |
| ASIGNACION DE CITAS | 85 |
| GESTIÓN CITAS RED EXTERNA | 12 |
| GESTIÓN AUTORIZACIONES | 15 |
| **TOTAL ACTIVIDADES** | **237** |

Atentamente,

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

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

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

Fecha de elaboración: 19-08-2026
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:** 9508008028

**Periodo Pensión: 2026-08** **Periodo Salud: 2026-08**

| Pague hasta | Dias de Mora | Valor Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| 2026/09/02 | 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**

Banco AV Villas

Banco de Occidente

Banco de Bogotá

**NO BANCARIOS**

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: 9508008028
Fecha del pago: 2026-08-17 17:27:50