R=117
(Mipo) op=116

SIIF Nación

Obligación Presupuestal – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHltcarden	LISETH TATIANA CARDENAS RUBIO
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	16-01-02-004	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD AMAZONAS
Fecha y Hora Sistema:	11/09/2026 12:00:00 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

Numero:	11726	**Fecha Registro:**	2026-09-11	**Unidad / Subunidad ejecutora:**			16-01-02-004 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD AMAZONAS				
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generada	**Requiere DIP:**		No	**Tipo de DIP:**		**Nro. Compromiso:**	4426	
Valor Inicial:	7.475.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00				**Valor Actual:**	7.475.000,00	**Saldo x Ordenar:**	7.475.000,00	
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda Original:**	0,00				**Valor Actual Moneda Original:**	0,00	**Saldo x Ordenar Moneda Original:**	0,00	
Valor Deducciones:	388.700,00	**Valor Neto:**	7.086.300,00				**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:**	3626	
Valor Deducciones Moneda:	0,00	**Valor Neto Moneda:**	0,00				**Atributo Contable:**	05-NINGUNO	**Comprobante Contable:**	476678	

TERCERO

Identificacion:	19054209	**Razon Social:**	HUBERTO OSORIO VILLA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Numero:	407063221	**Banco:**	BANCO DE BOGOTA	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

CUENTA X PAGAR				**CAJA MENOR**			
Numero:	11826	**Tipo:**	Arrendamiento Bienes Inmuebles	**Identificacion:**		**Fecha de Registro:**	

DOCUMENTO SOPORTE

Numero:	ARRI 45	**Tipo:**	FACTURA	**Fecha:**	2026-09-03

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
O04 ATENCION SALUD	A-02-02-02-007-002 SERVICIOS INMOBILIARIOS	Nación	16	SSF	05-NINGUNO	**Total:**	7.475.000,00	0,00	7.475.000,00	7.475.000,00

Objeto:	SANIDAD-ARRENDAMIENTO INMUEBLE CALLE 14 No.10-32 CONTRATO 13-1-20012-26 MES DE SEPTIEMBRE.

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
O04 DISAN AREA DE SANIDAD AMAZONAS	4-2 ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-09-15	Generada	7.475.000,00

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL

POSICION DEL CATALOGO DE PAGO	IDENTIFICACION	NOMBRE BENEFICIARIO	BASE GRAVABLE	TARIFA	VALOR DEDUCCION	SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR
2-01-04-01-08 RETEFUENTE - ARRENDAMIENTOS BIENES INMUEBLES	NIT 800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	7.475.000,00	3,500 %	261.625,00	261.625,00
2-01-05-01-97 RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	NIT 899999302	MUNICIPO DE LETICIA	7.475.000,00	0,700 %	52.325,00	52.325,00
2-03-18-01 PRO-UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA	NIT 899999336	DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS	7.475.000,00	1,000 %	74.750,00	74.750,00

ADS17. LISETH TATIANA CARDENAS RUBIO	**SI. ERICK HOSMITH VARGAS AHUANARY**	**SI. ERICK HOSMITH VARGAS AHUANARY**	**CR. SANTIAGO GARAVITO ARANZAZU**
Responsable Central de Cuentas DEAMA	Contador DEAMA	Jefe Grupo Financiero DEAMA (E)	Ordenador del Gasto DEAMA

SIIF 373177026

OP 140

Pagina: 1 de 1 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. GS-2026- 026260 -DEAMA

INTENDENTE N/A

LADYS LAVERNEN QUINTERO GONZALEZ N/A

TESORERA

TURNO No. 117

No. SISCO:

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN):

No. CONTRATO: 13-7-20012-26

FECHA DE RECIBIDO : 11-sep-26

VALOR PAGO: $ 7.475.000,00

NUMERO DE RADICADO SIIF: 11726

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR : 0

CONTRATISTA:. HUBERTO OSORIO VILLA

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO ARRI45

NIT DEL CONTRATISTA: 19054209

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: (RELACIONAR NOMBRE, NIT Y CUENTA BANCARIA DEL TERCERO CESIONARIO BENEFICARIO DEL PAGO) **CUENTA BANCARIA:**

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 4426

5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) ✓

6. FACTURA ORIGINAL: ✓

7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: 7/09/2026 ✓

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 ✓

10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP ✓

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, N/A

OBSERVACIONES :

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

ADS17 LUIS [illegible] CARDENAS R.
RESPONSABLE CENTRAL DE CUENTAS DEAMA (E)

ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____ FIRMA _____

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO. SI____ NO____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____ Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____

D26260

Página 1 de 3	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

SIIF: 11826

Ciudad y fecha:	Leticia,11 de septiembre del 2026
Unidad:	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD AMAZONAS
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra Contrato de obra Contrato de consultoría Contrato de prestación de servicios: **X** Contrato de compraventa Contrato de suministro Contrato interadministrativo
Contrato	No. 13-1-20012-26
Constancia de recibido No.	**02**
Contratista:	HUBERTO OSORIO VILLA
NIT del contratista:	C.C. 19.054.209
Objeto del contrato	ARRENDAMIENTO AL DEPARTAMENTO DE POLICÍA AMAZONAS - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD AMAZONAS EN DOMINIO TEMPORAL, DE UN BIEN INMUEBLE QUE SERA UTILIZADO PARA EL FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL EN LA VIGENCIA 2026
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	No aplica
Valor del contrato	Total: $ 37.375.000,00
Plazo de ejecución:	FECHA DE INICIO: 01/08/2026 FECHA DE TERMINO: 31/12/2026
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	EL BIEN INMUEBLE ESTA UBICADO EN LA CALLE 14 No 10 – 32 BARRIO VICTORIA REGIA.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO__x_	No aplica
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Teniente **MIGUEL ANTONIO BENITEZ GASCA** Jefe Unidad Prestadora Salud Amazonas
Fecha de entrega certificada:	**MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026**

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2026.	**Unidad**	**Recurso**	**Descripción del bien o servicios recibidos**	**Valor recibido**	**Valor facturado**	**Valor a amortizar y/o descontar**	**Valor a pagar**
	UPRES DEAMA	16	ARRENDAMIENTO	$ 7.475.000,00	$ 7.475.000,00	0	$ 7.475.000,00
Acta de recepción de bienes	No Aplica						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
FACTURA N° ARRI 45	03/09/2026	$ 7.475.000,00	0.00	$ 7.475.000,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$ 7.475.000,00	0.00	$ 7.475.000,00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO No 13-1-20012-26, Y SE RECIBE A SATISFACCIÓN DENTRO DEL PLAZO DE EJECUCIÓN Y VIGENCIA FACTURA DE VENTA N° **ARRI 45** CORRESPONDIENTE AL MES DE **SEPTIEMBRE DE 2026**, POR EL SERVICIO DE ARRENDAMIENTO DE LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD AMAZONAS.

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.

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	SI CUMPLE	NO CUMPLE
1	Sala de espera con estar de TV: consultorios médicos con lavamanos, pisos y guarda-escoba en vinilo liso; (oficinas para uso múltiple).	CUMPLE	
2	La unidad debe contener mínimo cuatro Baños con lavamanos y sanitario en caso de ser necesario algún mantenimiento preventivo o correctivo para la correcta utilización de los mismos, el costo corre por cuenta del propietario del inmueble.	CUMPLE	
3	El inmueble debe estar dotado de electrobomba para el suministro de agua potable, cuyo mantenimiento preventivo y correctivo corre por cuenta del propietario del inmueble.	CUMPLE	
4	Todas las áreas deben estar perfectamente iluminadas con bombillas ahorradoras de energía de la mejor calidad-luz blanca.	CUMPLE	
5	Todos los consultorios deben cumplir las especificaciones técnicas exigidas por la secretaria de Salud y todos los puestos de trabajo, consultorios y oficinas deben contar con instalación de cableado eléctrico tanto para los computadores como para los aires acondicionados.	CUMPLE	
6	Se debe contar y acceder a ella a través de una rampa que inicie desde la misma entrada del inmueble con piso antideslizante.	CUMPLE	
7	El edificio debe ser dotado de un estacionamiento mínimo para 15 vehículos (Motos).	CUMPLE	
8	Debe contar con acceso general al edificio, zona de estacionamiento de vehículos automotores y motos, sala de espera, recepción.	CUMPLE	
9	El inmueble deberá contar con un sitio para almacenar y presentar los residuos sólidos que se generen en las instalaciones de acuerdo con lo previsto en los artículos 17, 22 del decreto 2981 del 20 de diciembre de 2013 expedido por el gobierno nacional, o aquella norma que lo modifique, adiciones o sustituya frente a las obligaciones de los usuarios del servicio de aseo.	CUMPLE	
10	Contar con bodega para archivo clínico documental e historias clínicas.	CUMPLE	
11	Contar como mínimo un tanque aéreo para almacenamiento de agua potable; de ser necesario el mantenimiento preventivo y correctivo corre por cuenta del	CUMPLE	

	propietario del inmueble.		
12	El proveedor del inmueble se compromete al Mantenimiento general de pisos, cielos rasos, verificación de las instalaciones hidrosanitarias.	CUMPLE	
13	Pintura general y en sitios donde se desarrollen procedimientos (consultorios médicos odontológicos y de Promoción y Prevención debe estar con pintura poxica.	CUMPLE	
14	El propietario del inmueble se compromete a realizar los mantenimientos preventivos y correctivos que tenga el inmueble con relación a goteras en los techos, taponamientos en los desagües de los baños, puertas dañadas y demás daños que se generen por el incremente de lluvias.	CUMPLE	
15	Las zonas de consultorios médicos, odontológicos y de Promoción y prevención el guarda escoba debe ser tipo media caña.	CUMPLE	
16	Mesón con poceta para Promoción.	CUMPLE	
17	Donde vaya a funcionar odontología debe tener mesón de trabajo con doble poceta, guarda escoba media caña, acometida de desagüe de 2" punto hidráulico de ½ un punto eléctrico, un punto para el vacío o el aire de la silla y el compresor debe estar en un sitio fuera del consultorio cubierto de pared que minimice el ruido que produce al estar encendido.	CUMPLE	
18	Tener al día el inmueble al momento de la entrega de pagos de energía, agua, acueducto y otros (servicios públicos) y pago de impuesto predial.	CUMPLE	
19	En todo caso el contratista dará cumplimiento a las solicitudes logísticas y locativas solicitadas que se requieran por daños logísticos no ocasionados por el contratante.	CUMPLE	
20	El dueño de la propiedad se compromete a no solicitar el inmueble, en caso de necesitarlo en un plazo no menor a la totalidad del tiempo inicialmente contratado, tiempo que iniciará desde el día de vencimiento del contrato que esté vigente, con las mismas condiciones económicas que este en su momento.	CUMPLE	
21	Se adecuará una zona para esterilización continua al baño de la parte trasera de la propiedad, la cual debe quedar con piso y paredes en cerámica y conexión eléctrica con capacidad para un horno esterilizador.	CUMPLE	
22	Se realizará una verificación adecuada y completa del porque existen goteras en algunos sitios de la propiedad, realizando las adecuaciones necesarias.	CUMPLE	
23	El inmueble deberá tener mínimo una revisión anual en la parte eléctrica a cargo del dueño de la propiedad, comprometiéndose a dar solución a las recomendaciones que den o existan por parte de la empresa de energía del Amazonas,	CUMPLE	
24	El inmueble no deberá tener bombillas incandescentes y contar con un sistema de bajo consumo de energía lumínico y demás equipos eléctricos a cargo del arrendatario.	CUMPLE	
25	El inmueble deberá tener sistema de ahorro, dispositivos e implementos de bajo consumo de agua o de uso eficiente, y de no contar con ello, deberá dejar constancia del compromiso del cambio de los mismos (presentar el plan de acción para esta actividad)	CUMPLE	
26	El inmueble deberá tener plenamente identificado las rutas de evacuación, contar con sistema de alerta, señalizaciones y alarma según requerimientos de ley para prevención, control de desastre y riesgos ambientales.	CUMPLE	
27	El inmueble deberá contar con un sistema de recolección de aguas lluvias debidamente separadas de la red hidrosanitaria y un tanque de almacenamiento para la misma que facilite su aprovechamiento.	CUMPLE	
28	El propietario del inmueble se obliga a ejecutar las remodelaciones, divisiones de espacios y adecuaciones de infraestructura requeridas en los inmuebles de la UPRES AMAZONAS, según las necesidades del servicio y previa instrucción de la supervisión. Para el cumplimiento de esta obligación, el propietario asume la responsabilidad total y exclusiva de la gestión, suministro y costo de todos los materiales, insumos, herramientas, equipos y mano de obra necesaria para la correcta ejecución de las labores. En consecuencia, no se generarán pagos adicionales ni reembolsos por conceptos de materiales o servicios de ejecución,	CUMPLE	

	debiendo el propietario garantizar que todas las intervenciones cumplan con los estándares de calidad, seguridad y bioseguridad propios de las instalaciones de salud."		

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

Teniente **MIGUEL ANTONIO BENITEZ GASCA**
Jefe Unidad Prestadora Salud Amazonas
Supervisor Contrato No 13-1-20012-26

CUENTA DE COBRO – EXCLUIDA DEL IVA ARTICULO 2070

LEY 223 DE 1995

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – POLICIA NACIONAL

DIRECCION DE SANIDAD – AREA DE SANIDAD AMAZONAS

DEBE A

HUBERTO OSORIO VILLA, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.054.209 de Bogotá, por concepto de arrendamiento del inmueble ubicado en la calle 14 No. 10-32, de la ciudad de Leticia, Amazonas, correspondiente al mes de septiembre de 2026, según contrato de arrendamiento 13-1-20012-26

A razón de $7.475.000

Atentamente,

HUBERTO OSORIO VILLA

CC. 19.054.209 de Bogotá

HUBERTO OSORIO VILLA
NIT 19054209-3
CRA 10 CL 8, Leticia, Amazonas, C.P. 910001
hubertoosorio@gmail.com ;

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

No. ARRI45
No responsable de IVA

SEÑOR(ES)	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA AMAZONAS		**FECHA DEL DOCUMENTO (DD/MM/AA)**
DIRECCIÓN	cl 11 12 32, Colombia, Leticia, Amazonas, 910001		03/09/2026
			FECHA DE VENCIMIENTO
TELÉFONO		**NIT** 800140601-9	03/09/2026

ID	Ítem	Unidad	Precio	Cantidad	Descuento	Total
1	arrendamiento inmueble cll 14 No 10 32 contrato 13-1-20012-26 mes de septiembre de 2026	Servicio	$7.475.000	1		$7.475.000

Moneda: COP
Generado: 2026-09-03 08:04:26-05:00
Validación DIAN: 2026-09-03 08:05:28-05:00

Tipo de operación: Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de pago: Consignación bancaria

CUFE: 1184d6b98067ee759a573152f61dbf4c80fceaca42e38f67165570733e8c1feeb322530264daa18487a6cdc7fa062e23

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art. 774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobraran intereses por mora.

Subtotal	$7.475.000
Total	$7.475.000

Total de lineas: 1

ELABORADO POR

ACEPTADA, FIRMA Y/O SELLO Y FECHA

Autorización de numeración de facturación N° 18764112352717 de 2026-07-09 Modalidad Factura Electrónica Desde N° ARRI43 hasta ARRI100 con vigencia hasta 2027-01-09

Representación gráfica de factura de venta electrónica

Proveedor tecnológico: Soluciones Alegra S.A.S - Software: Alegra - NIT 900.559.088-2

Leticia, 7 de septiembre de 2026

Señores
POLICÍA NACIONAL
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD AMAZONAS
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, HUBERTO OSORIO VILLA en calidad de contratista identificado con Cédula de Ciudadanía No. 19.054.209 de Bogotá D.C., 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 de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12.5% en salud) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato No. 13-1-20012-26 con la Unidad Prestadora de Salud del Departamento de Policía Amazonas.

Atentamente,

HUBERTO OSORIO VILLA

CC. 19.054.209 de Bogotá

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19054209	HUBERTO OSORIO VILLA	CALLE 14 N 10-109	3112237938	hubertoosorio@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		AMAZONAS	LETICIA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94445775	07/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$1.278.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.275.000	0		0		0	4	3.800	0	1.278.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	1.275.000	1.278.800
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	1.275.000	1.278.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19054209	HUBERTO OSORIO VILLA		CALLE 14 N 10-109	3112237938	hubertoosorio@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			AMAZONAS	LETICIA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94445775	07/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$1.278.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 19054209	OSORIO VILLA HUBERTO	3	3			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS037	10.200.000	30	1.275.000		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

SIIF Nación

Orden de pago Presupuestal de gastos
Comprobante

Usuario Solicitante: MHdfguerra DIEGO FERNANDO GUERRA SANGAMA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 16-01-02-004 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD AMAZONAS
Fecha y Hora Sistema: 2026-09-16-4:51 p. m.

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	373177026	**Fecha Registro:**	2026-09-14	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	16-01-02-004 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD AMAZONAS				
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Pagada	**Nro Obligación:**	11726	**Comprobante Contable de la Generación:**			
Fecha Máxima Pago:	2026-09-16	**Código de Referencia:**		045O0066000373177026	**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**		0,00
Valor Bruto:	7.475.000,00	**Valor Deducciones:**		388.700,00	**Valor Neto:**	7.086.300,00	**Saldo x Pagar:**		0,00

VALORES PAGADOS

TRM Pago		**Valor Bruto**	**7.475.000,00**	Valor Deducciones	388.700,00	Valor Neto	**7.086.300,00**	Moneda Base Compra		**Valor MBC**	

REINTEGROS

Números				**No Recaudo:**	
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	**Reintegrado Deducciones Pesos:**	0,00	**Reintegrado Neto Pesos:**	0,00
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	**Reintegrado Deducciones Moneda:**	0,00	**Reintegrado Neto Moneda:**	0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

Identificación:	19054209	**Razón Social:**	HUBERTO OSORIO VILLA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	407063221	**Banco:**	BANCO DE BOGOTA	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

TESORERIA	**DOCUMENTO SOPORTE**				
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN	**Número:**	OBLIG 11726 TURNO 117	**Tipo:**	Obligación Presupuestal	**Fecha:** 2026-09-14

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS

DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
O04 ATENCION SALUD / A-02-02-02-007-002 SERVICIOS INMOBILIARIOS												
	Nación	16	SSF	7.475.000,00	0,00	7.475.000,00				Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES		TERCERO		TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR REINTEGRADO
2-01-04-01-08	RETEFUENTE - ARRENDAMIENTOS BIENES INMUEBLES	800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	3,500 %	261.625,00	261.625,00	
2-01-05-01-97	RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	899999302	MUNICIPO DE LETICIA	0,700 %	52.325,00	52.325,00	
2-03-18-01	PRO-UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA	899999336	DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS	1,000 %	74.750,00	74.750,00	

LINEAS DE PAGO VINCULADA

DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
O04 - DISAN AREA DE SANIDAD AMAZONAS	4-2 - ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-09-15	7.475.000,00	05 NINGUNO	Pagada

Intendente **LADYS QUINTERO GONZALEZ**
Tesorera

Outlook

Notificación Pago SEPTIEMBRE-Cto 13-1-20012-26 Factura ARRI45-TURNO 117-HUBERTO OSORIO VILLA

Desde DEAMA GRUTE <deama.grute@policia.gov.co>
Fecha Mié 30/09/2026 12:01
Para Huberto osorio villa <hubertoosorio@gmail.com>; MIGUEL ANTONIO BENITEZ GASCA <miguel.benitezg@correo.policia.gov.co>; DEAMA UPRES <deama.upres@policia.gov.co>

1 archivo adjunto (5 MB)
117 13-7-20012-26 HUBERTO OSORIO 19054209_0001.pdf;

No. 092/GRUTE

Leticia, 30 de septiembre 2026

Señor (a):
HUBERTO OSORIO VILLA.

Supervisor (a):

TE. BENITEZ GASCA MIGUEL ANTONIO.

Contrato: 13-1-20012-26.

Cordial Saludo.

Asunto: Notificación Pago SEPTIEMBRE-Cto 13-1-20012-26 Factura ARRI45-TURNO 117.

Teniendo en cuenta lo establecido en el Libro 2 Parte 9, Titulo 1, Capitulo 2 del Decreto 1068 del 2015, **Pago a Beneficiario Final**, por medio del cual establece que las entidades y órganos ejecutores del SIIF Nación II (Sistema Integrado de Información Financiera del Ministerio de Hacienda y Crédito Público) deberán efectuar el pago de las Obligaciones a los Beneficiarios finales directamente a través de este aplicativo con abono a una cuenta bancaria previamente registrada y valida en el mismo; de manera atenta comunico que esta Tesorería efectuó el pago de las Obligaciones contraídas con su empresa tal y como se puede evidenciar en la Orden de Pago **No. 373177026** Anexa en el presente correo, el día **16/09/2026,** por concepto de ARRENDAMIENTO AL DEPARTAMENTO DE POLICÍA AMAZONAS UNIDAD PRESTADORA DE SALUD EN DOMINIO TEMPORAL QUE SERA UTILIZADO PARA EL FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL. (...) **Por valor de $ 7.086.3000.00** después de retenciones de ley, El cual fue consignado a la cuenta Ahorro **No. 407063221** del BANCO DE BOGOTA.

FACTURA

373177026
ARRI45.

Es de anotar que la orden de Pago fue exportada directamente del aplicativo y discrimina los descuentos por impuestos que fueron afectados en la Obligación (Concepto y Valor), en cumplimiento al Decreto 019 del 2012 **"ARTICULO 28. COMPROBANTE DE DESCUENTOS Y RETENCIONES":** Las entidades Públicas y Privadas que cumplan funciones administrativas o presten servicios públicos que paguen o abonen en cuentas a favor de cualquier persona una obligación a su cargo deberán certificar los descuentos con las Retenciones que hayan sido practicados al Beneficiario con indicación precisa de la norma legal con que se haya precedido para tal efecto, podrán enviar la certificación a la Dirección Electrónica que haya registrado el Beneficiario e implementar en su página WEB, mecanismo para que los beneficiarios puedan consultar y descargar los Comprobantes de Pago con la discriminación de los descuentos y Retenciones que le fueron practicados".

Cualquier inquietud relacionada con el detalle de la Orden de Pago podrá ser consultada a los Correos electrónicos: deama.grute@policia.gov.co, Departamento de Policía Amazonas.

Atentamente,

Intendente
LADYS QUINTERO GONZÁLEZ
Tesorera
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Departamento de Policía Amazonas

El contenido de este mensaje y sus anexos es propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA son únicamente para el uso del destinatario y puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Cualquier revisión, retransmisión, diseminación o uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al propósito original de la misma es ilegal.