CUENTA DE COBRO 001

ALCALDÍA DE SOLEDAD ATLÁNTICO
Nit. 890.106.291-2

Debe a:

JACINTO MARIO OSORIO ZAMBRANO
C.C. 8774229 de Soledad - Atlántico

LA SUMA DE: TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L ($2.500.000)

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD, PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD. **PERÍODO A COBRAR:** 22 DE ABRIL AL 21 DE MAYO DEL 2021

CONTRATO NO. SS-CD-2021-102

VALOR EN LETRAS: TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L

Atentamente,



JACINTO MARIO OSORIO ZAMBRANO
C.C. 8774229 de Soledad - Atlántico
Correo Electrónico: jmariosorio@gmail.com
Cel.: 301 4477779

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

8.774.229

NUMERO

OSORIO ZAMBRANO

APELLIDOS

JACINTO MARIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-OCT-1972

SOLEDAD
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

23-ENE-1991 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-0305200-22145142-M-0008774229-20061019 00543 06292B 02 204618352

Banco de Bogotá

Nit 860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que KARINA PADILLA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.140.818.587 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 293187340, abierta/o desde el 30/1/2012.

Se expide en Bogotá el día 19 del mes de Mayo del año 2021

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Señores:
SECRETARIA DE TESORERÍA
Soledad Atlántico
E. S. D.

Ref.: AUTORIZACIÓN

JACINTO MARIO OSORIO ZAMBRANO, varón, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 8.774.229, manifiesto por medio del presente documento que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** a la señora **KARINA PADILLA VARGAS,** mujer, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.140.818.587, para que le realicen el pago de la cuenta No. 1 del contrato No. SS-CD-2021-102. En la cuenta de ahorro No. 293187340 del Banco Bogotá.

Mi apoderado queda ampliamente facultado para, Retirar, solicitar, cobrar y en general realizar todos los actos tendientes al cumplimiento del presente mandato.

Atentamente,

JACINTO MARIO OSORIO ZAMBRANO
C.C. No. 8.774.229
Acepto;

Karina Padilla V

KARINA PADILLA VARGAS
C.C. No. 1.140.818.587

NOTARÍA DÉCIMA DEL CÍRCULO DE BARRANQUILLA

DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO

Autenticación Biométrica
Decreto-Ley 019 de 2012

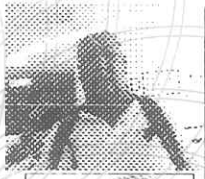
Ante La(El) Suscrita(o) Notaria(o) Décima(o) del Círculo de Barranquilla se presentó personalmente

OSORIO ZAMBRANO JACINTO MARIO

Identificado con C.C. 8774229

y declaró que el contenido del presente documento es cierto y que la firma y huella que aquí aparecen son suyas. Autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Barranquilla, 2021-04-30 10:15:26





Medio izquierdo

FIRMA DECLARANTE

Verifique estos datos ingresando a
www.notariaenlinea.com
Documento: 7yl3n

GLORIA ELENA AGUDELO
NOTARIA 10 DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.140.818.587

PADILLA VARGAS

APELLIDOS

KARINA

NOMBRES

Karina Padilla V

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1988

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

11-ENE-2007 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION Carlos Ariel Sánchez T.

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0300150-00500085-F-1140818587-20131022 0035541019A 1 40987512

INFORMES DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA

1. DENOMINACION DEL CONTRATO	**INFORME No.**	**01**	
Contrato N°	SS-CD-2021-102		
Nombre del Supervisor	**ALVIN MARTÍNEZ- JEFE DE LA OFICINA DE SALUD PÚBLICA**		
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	Prestación de Servicios Apoyo a la Gestión	Otro:	
Nombre del contratista	JACINTO MARIO OSORIO ZAMBRANO		
Identificación del contratista	8774229 de Soledad - Atlántico		
objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD, PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD.		
Plazo	El plazo de ejecución de dos (2) meses, una vez se cumplan los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, dispuestos en el artículo 41 de la Ley 80 de 1993.		
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	062100197	Fecha del C.D.P (dd-MM-yyyy)	25-02-2021
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	092101831	Fecha del R.P (dd-MM-yyyy)	20-04-2021

Valor del contrato		
	Contrato Inicial	**$** 7.000.000
	Adición 1	$
	Adición 2	$
	Total	**$** 7.000.000

3. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):

Amparos	Aseguradora	No de Póliza	Vigencia	
			Desde (dd-MM-yyyy)	Hasta (dd-MM-yyyy)
Calidad del servicio	N/A			
Cumplimiento	N/A			
Anticipo	N/A			

Pago anticipado	N/A			
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	N/A			
Salarios y prestaciones	N/A			
Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A			

4. EJECUCION DEL CONTRATO

Descripción		Valor
Valor del Contrato Inicial (IVA incluido)		**$** 7.000.000
Adición No. 1		$
Valor Total del contrato		**$** 7.000.000
Porcentaje del Anticipo	%	$
Porcentaje del Pago anticipado	%	$
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 3.500.000**
Valor por ejecutar		**$ 3.500.000**
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 3.500.000**
No. Factura o Cuenta de Cobro		1

5. ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE**
Salud	12.5%	$ 224.000	ABRIL 2021
Pensión	16%	$ 175.000	ABRIL 2021
ARL	1,044%	$ 14.700	ABRIL 2021
PLANILLA No. 1037915353	**FECHA DE PAGO: 20/05/2021**		**OPERADOR: PAGO SIMPLE**

6. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO

Con el presente Informe certifico que los datos suministrados en este documento los he verificado personalmente, por lo que ratifico el cumplimiento del objeto contratado, como también dejo constancia que el pago de los impuestos y de la seguridad social corresponde a las normas vigentes, y el informe donde se detallan las actividades realizadas y el cumplimiento del objeto contractual, conforme a lo estipulado en el contrato.

7. PERIODO DE CERTIFICACIÓN	22 DE ABRIL AL 21 DE MAYO DEL 2021

INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

Obligación Contractual	**Producto**
ACTIVIDAD 1 Prestación de servicios de apoyo a la gestión.	• Apoyo a la gestión del programa ETV. • Cumplir con a cabalidad con el objeto del contrato y todos los documentos del proceso. • Prestar los servicios en los términos y condiciones establecidos y formuladas en la propuesta. • Realizar seguimiento y control de los asuntos y actividades que le sean asignadas. • Asistir puntualmente a las reuniones que le sean asignadas. • Cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la agencia o naturalidad del contrato y las demás que se relacionen en el estudio previo
ACTIVIDAD 2	
Los soportes documentales (en los casos que aplique) del desarrollo de las actividades antes mencionadas son los siguientes: 1 NO APLICA 2 NO APLICA 3 NO APLICA	

FIRMA DEL SUPERVISOR		**FIRMA DEL CONTRATISTA**	
Identificación:	**ALVIN MARTÍNEZ- JEFE DE LA OFICINA DE SALUD PÚBLICA**		
Teléfono:	3046105797		
Dirección:	CARRERA 45 #39 40 LA ARBOLEDA		
Fecha del Informe	MAYO 25 de 2021		

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-05-20, 10:45:44 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1037915353

Periodo Cotización: abril de 2021 **Periodo Servicio:** abril de 2021

PAGADA 20/05/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JACINTO MARIO OSORIO ZAMBRANO				
Documento	CC8774229	**Dirección**	CL 22 #16 - 03		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3436022		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	SOLEDAD	**Departamento**	ATLANTICO		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	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	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 8774229	OSORIO ZAMBRANO JACINTO MARIO	59	00																0	30	30	30	0	COLFONDOS	$ 1.400.000	$ 224.000	EPS SANITAS	$ 1.400.000	$ 175.000	ARL SURA	$ 1.400.000	$14.700	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 413.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.400.000	$ 1.400.000	$ 1.400.000	$ 0	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 175.000	$ 14.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 406.400	$ 0	$ 413.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-05-20, 10:42:29 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2021
Empresa	JACINTO MARIO OSORIO ZAMBRANO
CEDULA CIUDADANIA	CC 8774229
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1037915353
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	995893696
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 413.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800227940	231001	COLFONDOS	1	$ 224.000	$ 0
N800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	$ 175.000	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 14.700	$ 0
		SubTotales:		$ 413.700	$ 0
		Total a Pagar:			$ 413.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Soledad, MAYO de 2021

Señores
SECRETARÍA DE HACIENDA
Alcaldía de Soledad
Atn, Dr. Alvaro Turizzo
Soledad- Atlantico

Asunto: Solicitud de descuento de impuestos municipales.

Solicito me sea descontado el mayor valor correspondiente a honorarios del contrato No. SS-CD-2021-102 celebrado entre la Alcaldía de Soledad y mi persona, el valor de los impuestos municipales correspondientes a la estampilla pro-ancianos y estampilla pro-cultura.

Información adicional:
Contrato No.: SS-CD-2021-102
CDP ORIGINAL No.: 062100197
RP ORIGINAL No.: 092101831

Agradezco de antemano atención.

Atentamente,



JACINTO MARIO OSORIO ZAMBRANO
C.C. 8774229 de Soledad - Atlántico
Correo Electrónico: jmariosorio@gmail.com
Cel.: 301 4477779

SECRETARIA DE HACIENDA DEPARTAMENTAL
Bono de Estampillas Departamental

Acto:	CONTRATOS Y CONVENIOS
Clase Acto:	CONTRATOS Y CONVENIOS MUNICIPALES

1. DATOS

Nro DE LIQUIDACIÓN: 202100002791

FECHA DE PAGO:	**BASE GRAVABLE:**	**REFERENCIA DE PAGO:**
21/05/2021 01:17:57 PM	7000000	202100019269

CONTRIBUYENTE:	**CEDULA O NIT:**
JACINTO OSORIO ZAMBRANO	8774229
ENTIDAD CONTRATANTE:	**N° DE CONTRATO:**
MUNICIPIO DE SOLEDAD	SS-CD-2021-102

1. INFORMACIÓN DETALLADA

CONCEPTO	VALOR
ESTAMPILLA CIUDADELA UNIVERSITARIA	$126.000
ESTAMPILLA PRO-HOSPITAL 1 Y 2 NIVEL	$119.000
ESTAMPILLA PRO DESARROLLO DEPARTAMENTAL	$70.000
INTERESES DE MORA	$4.500
Total a Pagar:	**$319.500**

CONTRIBUYENTE

-21/05/2021 01:17:59 PM

202100019269

Este documento debe ser verificado por la entidad responsable de exigir su pago en la página web de la Gobernación www.atlantico.gov.co en el link Estampillas Liquidadas

PAGADO
Banco Popular
21 MAYO 2021
08
PAGADO CON P