INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
E.S.E. HOSPITAL SANTAMARÍA DE SANTA BÁRBARA - ANTIOQUIA

CUENTA DE COBRO NUMERO:	202207

INFORMACION DEL CONTRATISTA

APELLIDOS Y NOMBRES:	LIZETH MANUELA OSPINA QUIRAMA		Documento Identidad		1.042.066.799
N° CONTRATO:	69	N°. CDP:	498	N°. RP:	657
VIGENCIA 2022	DESDE	01 DE JULIO 2022	HASTA:		31 DE DICIEMBRE 2022
N° OTROSI:	DESDE		HASTA:		

VALORES APORTES OBLIGTATORIOS:		
	HONORARIOS PERÍODO	$ 1.821.040
	LIQUIDACION BASE DEL 40%	$ 1.000.000
	APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	$ 125.000
	APORTES OBLIGATORIOS EN PENSION	$ 160.000
	APORTES OBLIGATORIOS A.R.P	$ 24.400
	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	
	NUMERO O REF/ PLANILLA DE APORTES	57082048

DATOS CUENTA BANCARIA			
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA		
TIPO CUENTA:	AHORRO	X	CORRIENTE
No. CUENTA BANCARIA:	40027735454		

*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTASCION DE SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA.

PERIODO DEL INFORME DE ACTIVIDADES CORRESPONDIENTE AL PAGO:	01 DE JULIO 2022

ACTIVIDADES DEL PERIODO

BRIGADAS DE SALUD A LAS VEREDAS , APOYO EN VACUCION PAI Y COVID, MANEJO DE PLATAFORMA DE PAIWEB JULIO 2022

Anexo fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión y ARL del período, según las obligaciones del contrato. Igualmente. Como contratista, certifico bajo la gravedad de juramento, que presto suficientemente con mi firma, lo siguiente: (1) que todas las actividades relacionadas como desarrolladas durante este período corresponden a la ejecución del contrato, (2) que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes de este contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta (Decreto 099/2013)

Manuela Ospina.

FIRMA DEL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL SUPERVISOR:		
	NOMBRE:	NELSON DE JESUS SANCHEZ HERRERA
	CARGO:	COORDINADOR MEDICO

En mi calidad de supervisor del contrato de prestación de servicios al que se refiere este informe, en aplicación de lo dispuesto en el Decreto 734 de 2012, Contratación de la entidad, certifico lo siguiente: (1) que el contratista ha cumplido las obligaciones derivadas del contrato, con ocasión del cual desarrolló las actividades descritas en este informe, (2) que he realizado el control administrativo, técnico y financiero de la ejecución del contrato (Manual de Contratación, el contrato está debidamente legalizado y perfeccionado, correspondientes a los ingresos derivados de este contrato. Por tanto, autorizo el pago correspondiente al periodo.

Nelson Sanchez

FIRMA DEL SUPERVISOR

Dado en Santa Bárbara, a los 30 Dias del mes de julio del Año 2022

Escaneado con CamSc