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: 2020021

INFORMACION DEL CONTRATISTA

APELLIDOS Y NOMBRES:	VALENTINA SANCHEZ MEJIA			Documento Identidad	1.042.066.326
N° CONTRATO:	72	N°. CDP:	501	N°. RP:	660
VIGENCIA 2022	DESDE	01 de Julio		HASTA:	31 de Diciembre
N° OTROSI:	DESDE			HASTA:	

VALORES APORTES OBLIGTATORIOS:		DATOS CUENTA BANCARIA	
	HONORARIOS PERÍODO $ 1.821.040		
	LIQUIDACION BASE DEL 40% $ 1.000.000	ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
	APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*): $ 125.000		
	APORTES OBLIGATORIOS EN PENSION $ 160.000	TIPO CUENTA:	AHORRO X CORRIENTE
	APORTES OBLIGATORIOS A.R.P $ 24.400		
	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*): $ 0	No. CUENTA BANCARIA:	40038384688
	NUMERO O REF/ PLANILLA DE APORTES 57055568		

(*) 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 ADMNISTRATIVO

PERIODO DEL INFORME DE ACTIVIDADES CORRESPONDIENTE AL PAGO: JULIO

ACTIVIDADES DEL PERIODO

PRESTASCION DE SERVICIOS COMO TECNICO ADMNISTRATIVO: APOYO EN BRIGADAS DE SALUD, ACTIVIDADS DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECIFICA, APOYO EN VACUNACIÓN PERMANENTE.

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)

Valentina Sanchez M.

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 período.

FIRMA DEL SUPERVISOR

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

Escaneado con CamSc