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:	202208

INFORMACION DEL CONTRATISTA

APELLIDOS Y NOMBRES:		**GUSTAVO ADOLFO PINTO GONZALEZ**		**Documento Identidad**		**1.128.439.839**
N° CONTRATO:		79	**N°. CDP:**	508	**N°. RP:**	667
VIGENCIA	**2022**	**DESDE**	**01-jul-2022**	**HASTA:**		**30-sep-2022**
N° OTROSI:		**DESDE**		**HASTA:**		

VALORES APORTES OBLIGTATORIOS:	**HONORARIOS PERÍODO**	$ 4.012.000	**DATOS CUENTA BANCARIA**	
	LIQUIDACION BASE DEL 40%	$ 1.604.800		
	APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	$ 200.600	**ENTIDAD BANCARIA:**	BANCOLOMBIA
	APORTES OBLIGATORIOS EN PENSION	$ 256.768		
	APORTES OBLIGATORIOS A.R.P	$ 39.600	**TIPO CUENTA:**	**AHORRO** **X** **CORRIENTE**
	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	No aplica		
	NUMERO O REF/ PLANILLA DE APORTES	**1046619217**	**No. CUENTA BANCARIA:**	10549280922

(*) 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 MEDICO GENERAL

PERIODO DEL INFORME DE ACTIVIDADES CORRESPONDIENTE AL PAGO:	**1 DE AGOSTO AL 31 DE AGOSTO**

ACTIVIDADES DEL PERIODO

PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO LUNES 1 de agosto de 7PM A 7AM 12 horas; MIERCOLES 3 de agosto de 8AM A 2PM 6 horas; JUEVES 4 de agosto de 9AM A 2PM 5 horas;JUEVES 4 de agosto de 2PM A 5PM 3 horas; VIERNES 5 de agosto de 7AM A 3PM 8 horas; SABADO 6 de agosto de 7AM A 12P 5 horas; SABADO 6 de agosto de 7PM A 7AM 12 horas; LUNES 8 de agosto de 7PM A 7AM 12 horas; MARTES 9 de agosto de 7PM A 7AM 12 horas; MIERCOLES 10 de agosto de 4PM A 5PM 1 horas;
JUEVES 11 de agosto de 8AM A 2PM 7 horas; JUEVES 11 de agosto de 5PM A 7PM 2 horas; VIERNES 12 de agosto de 8AM A 2PM 7 horas; MARTES 16 de agosto de 2PM A 5PM 3 horas; MIERCOLES 17 de agosto de 2PM A 5PM 3 horas; SABADO 27 de agosto de 8PM A 4PM 8 horas; DOMINGO 28 de agosto de 7AM A 7PM 12 horas.

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)



FIRMA DEL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL SUPERVISOR:	**NOMBRE:**	**NELSON SANCHEZ HERRRERA**
	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 31 Dias del mes de Agosto del Año 2022