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:	6

INFORMACION DEL CONTRATISTA

APELLIDOS Y NOMBRES:		MARIA ISABEL MEJIA ROMAN		Documento Identidad		1.001.808.462
N° CONTRATO:		55	N°. CDP:	280	N°. RP:	364
VIGENCIA	16-abr-2022	DESDE	01-jul-2022	HASTA:		31-dic-2022
N° OTROSI:		DESDE		HASTA:		

VALORES APORTES OBLIGTATORIOS:	HONORARIOS PERÍODO	$ 1.550.000	DATOS CUENTA BANCARIA	
	LIQUIDACION BASE DEL 40%	$ 1.000.000		
	APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	$ 125.000	ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
	APORTES OBLIGATORIOS EN PENSION	$ 160.000		
	APORTES OBLIGATORIOS A.R.P	$ 5.220	TIPO CUENTA:	AHORRO X CORRIENTE
	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):			
	NUMERO O REF/ PLANILLA DE APORTES	104987272	No. CUENTA BANCARIA:	40000014194

(*) 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 AUXILIAR DE FACTURACION EN EL AREA DE URGENCIAS.

PERIODO DEL INFORME DE ACTIVIDADES CORRESPONDIENTE AL PAGO:	01 DE SEPTIEMBRE AL 30

ACTIVIDADES DEL PERIODO

PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE FACTURCION EN EL AREA DE URGENCIAS.

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:	IVAN DARIO CUERVO
	CARGO:	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

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 Dias 20 del mes de OCTUBRE del Año 2022,