#¿NOMBRE?

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Código FINC3F	Versión 3
	FORMATO CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO A CONTRATISTAS DE OPS	Fecha de última revisión 24/02/2023	

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26/07/2023

Nombres y apellidos :	YESENIA HERNANDEZ MACHADO			cc	36506304
Correo electrónico :	Y- ESENIAHERNANDEZ@HOTMAIL.COM			Teléfono de contacto: 3126509392	
Dirección domicilio:	CIUDAD EQUIDAD MANZ 6 CASA 191			Ciudad:	Santa Marta
Régimen del IVA:	Simplificado [X] Común [ ]	¿Declarante de renta?	NO	¿Está obligado a facturar? NO	
¿Personas a cargo?	SI	¿Aporte Voluntario a Fondo de Pensiones?	NO		
¿Ahorro Voluntario a cuentas AFC?	NO	¿Pago de Intereses crédito de Vivienda?			
Banco al cual consignar:	GNB SUDAMERIS	Tipo de cta.:	AHORROS	Nº Cuenta:	97010064050

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	CD20232523	Nº RP:	4240	N° CDP:	1544	Plazo - Duración: 3 meses
¿Adición o prorroga?	N/A	Tiempo prorrogado		N/A		
Fecha de Inicio Contrato	06/07/2023	Fecha de Terminación Contrato		30/09/2023		Valor del Contrato: 8.700.000
N° CDP (Adición):	N/A	Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIO COMO ENFERMERA			
Nº RP: (Adición)	N/A					
¿Suspendido?	NO	Fecha de reinicio			Nueva Fecha de terminación	
Valor Total del Contrato (adición)	N/A	Periodo objeto de Cobro		Del	JULIO	
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?				$ 2233333		

LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACION DEL NETO A PAGAR

Mes de pagado de seguridad social		julio	IBC 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 116000	Aporte obligatorio a seguridad social Pensión: 148.500	
Nivel / aporte de riesgo	3	$ 22700	Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional: NO
			Total Pago Seguridad Social 287.200

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ver Informe Anexo

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí las actividades del objeto contractual descritas en el informe anexo; 2. Toda la información aquí suministrada es verídica; 3. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

Firma del Contratista

Yesenia Hernandez M

NOMBRE: YESENIA HERNANDEZ MACHADO

CC. 36506304

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, **CERTIFICO:**

1.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.

2.- Que el contratistas ha realizado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por medio de la planilla adjunta al presente formato, en concordancia con el periodo objeto de la presente certificación y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

3.- Que se realizó la verificación en el SECOP de la documentación y se aprueba para pago

Firma del Supervisor

NOMBRE: AURA DAZA

CC. 36.541.888

Powered by CamScanner