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 PS	Fecha de última revisión 24/02/2023	

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 22/12/2023

Nombres y apellidos :	MARIA CLARA CALVO PADILLA			CC	10043717161
Correo electrónico :	012000CLARA@gmail.com			Teléfono de contacto: 3013508982	
Dirección domicilio:	CALLE 12 N 8-47 GAIRA			Ciudad:	SANTA MARTA
Régimen del IVA:	Simplificado [x] Común [ ]	¿Declarante de renta?		NO	¿Está obligado a facturar?
¿Personas a cargo?	1	¿Aporte Voluntario a Fondo de Pensiones?		NO	
¿Ahorro Voluntario a cuentas AFC?	NO	¿Pago de Intereses crédito de Vivienda?			
Banco al cual consignar:	BANCO DAVIVIENDA	Tipo de cta.:	AHORRO	Nº Cuenta:	488439309359

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	CD20233614	Nº RP:	5026	N° CDP:	1948	DURACION: 3 MESES
¿Adición o prorroga?	NO	Tiempo prorrogado		N/A		Valor Adicionado: N/A
Fecha de Inicio Contrato	6/10/2023	Fecha de Terminación Contrato		31/12/2023		Valor del Contrato:5.400.000
N° CDP (Adición):	N/A	Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			
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		PAGO DE DICIEMBRE DE 2023	
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?				$ 1.800.000		

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

Mes de pagado de seguridad social		NOVIEMBRE	IBC 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	185.600
Nivel / aporte de riesgo ARL 3	$ 28.300	Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional: NO	
		Total Pago Seguridad Social 358.900	

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ver Informe Anexo

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL

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: MARIA CALVO

MARIA CLARA CALVO PADILLA

CC. 1.004.371.161

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: Aura Daza P.

AURA DAZA PEÑA

CC. 36.541.888

Powered by CamScanner