LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAGRADO

CORAZON DE JESUS DE SOCHA

DEBE A:

MARIA LEONOR VARGAS CARVAJAL, identificada con cedula de ciudadanía No. 35.497.915, la suma de DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS PESOS ($2.438.000) MCTE, por concepto de alimentación a hospitalizados usuarios de la ESE durante el periodo comprendido entre el 1 de abril y hasta el 18 de abril de 2024. Relacionados así:

- 53 Desayunos
- 70 Almuerzos
- 53 Cenas

Socha, veintinueve (29) días del mes de mayo de dos mil veinticuatro (2024).

María Leonor Vargas

MARIA LEONOR VARGAS CARVAJAL
C.C.No. 35.497.915

Hospital SAGRADO CORAZON DE JESUS DE SOCHA	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

FECHA:	29 DE MAYO DE 2024			**INFORME No.:**	1
IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO					
No. DE PROCESO		**No. CONTRATO:**	22	**TIPO DE CONTRATO:**	SUMINISTRO
NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR:	FERNANDO BETANCOUR ROJAS			**CARGO:**	ASESOR AREA D APOYO
				No. DE TELÉFONO:	
CONTRATISTA:	MARIA LEONOR VARGAS DE BENITEZ			**C.C. O NIT:**	35.497.915
E-MAIL:				**No. DE TELÉFONO:**	3143558870
REPRESENTANTE LEGAL (cuando aplique)				**C.C.:**	
OBJETO CONTRACTUAL:	SUMINISTRO DE DIETAS NUTRICIONALES SEGÚN LA NEESIDAD HOSPITALARIA Y LOS REQUERIMIENTOS O PROGRAMACIONES REALIZADAS POR LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS				
PLAZO		**PERIODO DE PAGO ANTERIOR**		**PERIODO DE PAGO ACTUAL**	
INICIA:	19-abr-2024	**DESDE:**		**DESDE:**	19-abr-2024
TERMINA:	31-dic-2024	**HASTA:**		**HASTA:**	30-abr-2024

INFORMACIÓN TÉCNICA

Declaración	El suscrito supervisor del contrato hace constar que la E.S.E ha recibido a satisfacción los bienes y/o servicios a que se refiere el objeto y las obligaciones pactadas en el contrato, que corresponden al siguiente detalle:

a. Para prestación de Servicios:

	RELACIÓN DE OBLIGACIONES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
1	SUMINISTRO DE 53 DESAYUNOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS USUARIOS DE LA ESE	REGISTRO URGENCIAS	
2	SUMINISTRO DE 70 ALMUERZOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS USUARIOS DE LA ESE	REGISTRO URGENCIAS	
3	SUMINISTRO DE 53 COMIDAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS USUARIOS DE LA ESE	REGISTRO URGENCIAS	
Otras Observaciones:			

b. Para los demas contratos:

El cumplimiento de las obligaciones consta por ejemplo de: Bitácora o registro fotográfico, Sábana de Obra, Entrada de Almacén, Listados,

Pruebas subidas a plataforma: documentos que evidencian la ejecución de las Obligaciones Contractuales

Revisión de soportes de la cuenta: El suscrito supervisor hace constar que ha revisado y en consecuencia aprueba los documentos que forman

PORCENTAJE:		**No. FACTURA O SOPORTE:**	

APORTE A SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO DE COTIZACIÓN	No. PLANILLA DE APORTES	APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN	APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD	APORTES ARL	TOTAL (=)
ABRIL DE 2024	*4553734121*	$ -	$ 65.000,00	$ -	$ **65.000**

En caso de **Personas Juridicas**, no es necesaria la revisión de planillas de pago de Seguridad Social y parafiscales, para lo cual se adjunta Certificación de estar al día, emitida por el Revisor Fiscal o Representante Legal según lo dispuesto por la Ley 789/2002 Art. 50 y Ley 1150/2007 Art. 23. (Anexar documento de identidad, tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la J.C.C. de quien Certifica)

No. CUENTA PRESUPUESTAL	**NOMBRE CUENTA PRESUPUESTAL**	**VALOR PAGO ACTUAL**
212020100302	IMPLEMENTOS, UTILES DE ASEO Y CAFETERIA	$ 2.438.200,00
No. CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD	**No. REGISTRO PRESUPUESTAL**	**TOTAL**
202400066	202400299	$ 2.438.200,00

ESTADO DE CUENTA DEL CONTRATO

DETALLE	(+)	(-)
(+) Valor inicial del contrato	$ 14.000.000,00	
(+) Valor adiciones	$ -	
(=) Valor total contrato	$ 14.000.000,00	
(-) Anticipo		$ -
(-) Valor pagos parciales		
(-)Valor a pagar		$ **2.438.200,00**
(-) Valor pendiente de ejecución		$ **11.561.800,00**
SUMAS IGUALES	$ **14.000.000,00**	$ **14.000.000,00**

Habiéndose cumplido las obligaciones descritas dentro del periodo mencionado el suscrito supervisor autoriza el pago de la suma de:

Valor a pagar:	$ 2.438.200,00	Valor en letras:	DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE

Para constancia suscribimos:

Nombre y Apellidos
SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

María Leonor Vargas

MARIA LEONOR VARGAS DE BENITEZ
Nombre y Apellidos
CONTRATISTA

ach SOI | Pagos de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35497915
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA LEONOR VARGAS DE BENITEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 7 6-68	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:			4553734121	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2024
DIAS DE MORA			22				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/05/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9998805428

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 65.000	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 65.000	$ 1.200	$ 0	$ 66.200
SUBTOTALES:													**$ 65.000**	**$ 1.200**	**$ 0**	**$ 66.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 35497915	VARGAS DE BENITEZ MARIA LEONOR	INDEPEND	REQ CUMP PENS	$ 1.300.000				NO	19																

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN									
ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0

SALUD						ARP				
ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPS037-NUEVA EPS	12	$ 520.000	$ 65.000	$ 0	$ 65.000			$ 0		$ 0

PARAFISCALES							
DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 66.200**

ach SOI

Planilla Pagada

2024/05/29 9:23 AM USUARIO: SOI YRODRIGUEZ