**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 19/07/2024

**REGISTROS PRESUPUESTALES No. 4673**

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

**CERTIFICA**

**CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.722**

**TERCERO:** 49731765 - GONZALEZ SANCHEZ MARIA MARTA

QUE POR MEDIO DEL CUAL SE REGISTRA EN EL LIBRO DE PRESUPUESTO, LOS VALORES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACION:

SERVICIO DE PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ESTA ESE. SEGUN OPS 3880

**VALOR:** $ 2,100,000.00

DOS MILLONES CIEN MIL (PESOS)

| Código Rubro | Descripción | Lugar | cod. CPC descripción CPC | Valor |
|---|---|---|---|---|
| 2.1.2.02.02.008.02 | Servicios Personales Administrativos (Contador, Abogado, otros) | ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE | | 2,100,000 |

| Contrato | No. Contrato | Fecha Inicial | Fecha Final |
|---|---|---|---|
| PRESTACION DE SERVICIOS | 3880 | | |

LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

**USUARIO IMPRIME:** ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND
**IMPRESO POR:** Sistemas CitiSalud SAS
**ELABORADO POR:** ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND

| E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **ACTA DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR** | CÓDIGO: GJC24F<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página **1** de **1** |
|---|---|---|

PARA: UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO
DE: GERENTE
ASUNTO: Designación de Supervisor

En calidad de ordenador del gasto me permito comunicarle que ha sido designado(a) como Supervisor del siguiente contrato:

| CONTRATO | CONTRATISTA | OBJETO | PLAZO |
|---|---|---|---|
| CD20243880 | MARIA MARTHA GONZALEZ SANCHEZ | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. | Previa legalización, sin exceder el 31 de julio de 2024 |

En su actuación como Supervisor, está en la obligación de mantener un estricto control sobre la ejecución del objeto y obligaciones contractuales, por cuanto de conformidad con lo establecido en los artículos 51 y 56 de la Ley 80 de 1993, la Ley 1952 de 2019 y la Ley 1474 de 2011, el supervisor responderá disciplinaria, fiscal, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual, en los términos de la Constitución y la Ley.

Adicionalmente estará obligado a dar estricto cumplimiento a las obligaciones que defina la entidad a través del Manual de Contratación, el Manual de Supervisión e interventoría y las circulares que se expidan, y el Grupo de Trabajo de Contratación a través de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario respecto de los asuntos referidos a la ejecución contractual y la etapa postcontractual.

Los supervisores están obligados a expedir los informes de supervisión y demás documentos de la ejecución contractual los cuales deberán presentarse dentro del término que se señale en el clausulado contractual o cuando sea requerido por el ordenador del gasto para que reposen en el expediente contractual de la Entidad.

Dentro de sus obligaciones principales está la vigilancia del cumplimiento del plazo de ejecución, de las obligaciones y del cronograma de actividades, si lo hubiere, así como informar al Grupo de Trabajo de Contratación cualquier acontecimiento que impida el normal desarrollo del contrato o convenio, estudiar las solicitudes, sugerencias, reclamaciones y consultas del contratista, exigir la documentación e información que estime pertinente y necesaria para el cabal cumplimiento de sus obligaciones como supervisor, exigir la acreditación del cumplimiento de las obligaciones adquiridas con el sistema de seguridad social integral y parafiscales según sea el caso, aprobar las solicitudes de pago, y todas las demás obligaciones que deban cumplir las partes y/o el contratista, señaladas en el respectivo contrato o convenio.

Una vez finalice el contrato o convenio cuya supervisión le corresponda, tendrá la obligación de expedir un informe final de supervisión, la certificación final de cumplimiento del objeto contractual y proyectar el acta de liquidación respectiva, en los casos que aplique, la cual deberá venir acompañada de la certificación de pagos y el certificado de saldos y pagos expedidos por el Grupo de Trabajo de Tesorería y el Grupo de Trabajo de Contabilidad.

Todos los documentos antes citados deberán ser remitidos al Grupo de Trabajo de Contratación para su revisión y trámite pertinente, con el fin de dar cumplimiento al procedimiento de liquidación contractual.

NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
GERENTE (E)

COPIA CONTROLADA

| | | |
|---|---|---|
| HJMB JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | ACTA INICIO | CÓDIGO: GJC25F<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página 1 de 1 |

**ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20243880 DEL 2024**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20243880 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ. |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 49.731.765 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | $2.100.000.oo |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 Pago por valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/L ($2.100.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación del cumplimiento, expedido por parte del Supervisor del contrato. |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 31 DE JULIO 2024. |
| **CDP** | No. 722 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | No. 4673 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO |

Entre los suscritos a saber **EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA,** en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO** y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20243880** y por la otra **MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ,** identificada con la cedula de ciudadanía 49.731.765 de Valledupar - Cesar, en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta el **día** 19 de **JULIO** del año **2024.**

SUPERVISORA:

**EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA**
C.C. No. 36.722.648

CONTRATISTA:

**MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ**
C.C. No. 49.731.765

COPIA

| | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | Código: GJC23F | Versión: 2 |
|---|---|---|---|
| | | FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 | |
| | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024 | |

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ
CON C.C Nº 49.731.765

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | CD20243880 | | | DE FECHA | | 19/07/2024 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | $2,100,000 | | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO: | | $2,100,000 |
| N° PAGO / N° DE INFORME:: | 1 DE 1 | | Nº CRP: | 4673 | N° CDP: | 722 |
| PLAZO DEL CONTRATO | (1 MES) | | FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 19/07/2024 | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | CONSULTA EXTERNA | | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA | | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DE MODIFICACIÓN: | N/A | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | N/A | |
| VALOR ADICIONADO | N/A | CDP DE LA ADICIÓN: | N/A | CRP DE LA ADICIÓN: | N/A | TIEMPO PRORROGADO: | N/A |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| N° DE PÓLIZA: | N/A | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | N/A |
| FECHA DE LA PÓLIZA | DD/MM/AAAA | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: | N/A |

| ITEM | IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato) |
|---|---|
| 1 | Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor de la orden |
| 2 | Verificación de cita asignada en listado de asistencia |
| 3 | Si la cita asignada se encuentra en el listado de asistencia, verificar que el usuario cuente con toda la documentación requerida y organizarla para ser facturada |
| 4 | Asignar Ficho a usuario según su hora de llegada y hora de asignación de la cita. |
| 6 | Direccionar al usuario que llegue retrasado o anticipado a su cita asignando ficho para ser facturado en los casos necesarios. |
| 7 | Orientar al usuario a que se ubique en la casilla de facturación correspondiente a su solicitud y hora asignada para la atención |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 9469295385 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA | |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO | |
| SALUD: | COOSALUD | 15/07/2024 | $ | 162.500,00 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 15/07/2024 | $ | 208.000,00 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 15/07/2024 | $ | 31.700,00 |

**VI.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

**VII. ANEXOS**
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL CONTRATISTA: | |
| N°. IDENTIFICACIÓN: | 49.731.765 |

| | FORMATO INFORME DE SUPERVISOR | Código: GJC22F | Versión: 1 |
|---|---|---|---|
| | | FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024 | |
| | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024 | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**
**MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ**
**CON C.C Nº 49.731.765**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **CD20243880** | | **DE FECHA** | | 19/07/2024 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | $2.100.000 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | | $2.100.000 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME::** | 1 DE 1 | **Nº CRP:** | 4673 | **N° CDP:** | 722 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | 1 MES | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | 19/07/2024 | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 9469295385 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | CONSULTA EXTERNA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | EVELYN GONZALEZ | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | N/A | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | N/A | |
| **VALOR ADICIONADO** | N/A | **CDP DE LA ADICIÓN:** | N/A | **CRP DE LA ADICIÓN:** | N/A | **TIEMPO PRORROGADO:** | N/A |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PÓLIZA:** | N.A | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | N.A |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | DD/MM/AAAA | **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:** | N.A |

**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***CERTIFICO CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES GENERALES Y ESPECIFICAS SATISFACTORIAMENTE***

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 1 | El contrato se encuentra debidamente legalizado. | XX | |
| 2 | El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades. | XX | |
| 3 | Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual. | XX | |
| 4 | Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. | XX | |

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo N° JULIO 2024

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | 36722646 |

| | | |
|---|---|---|
| HJMB JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | ACTA FINAL | CÓDIGO: GJC25F<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página 1 de 1 |

**ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20243880 DEL 2024**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20243880 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ. |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 49.731.765 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | $2.100.000.oo |
| **FORMA DE PAGO** | MENSUAL |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER 31 DE JULIO 2024. |
| **CDP** | No. 722 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | No. 4673 |
| **FECHA DEL ACTA DE INICIO** | 19/07/2024 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO** | 31/07/2024 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO |

Entre los suscritos a saber **EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA,** en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO** y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20243880** y por la otra, **MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ** identificado con la cedula de ciudadanía N° 49.731.765 de Valledupar – Cesar, en su condición de contratista quienes se reunieron para firmar acta de finalización de contrato cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Por último, el hospital declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **31** días del mes **07** del año **2024**.

SUPERVISORA:

**EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA**
C.C. No. 36.722.648

CONTRATISTA:

**MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ**
C.C. No. 49.731.765

COPIA

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 49731765 | | GONZALEZ SANCHEZ MARIA MARTA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | PORTALES DEL ARCO IRIS manz 5 casa 9 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-06 | 2024-06 | 41564567 | 9469295385 | I | 2024/07/16 | 2024/07/15 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $402,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| COOSALUD MOVILIDAD | ESSC24 | 900,226,715 | 3 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $402,200 | $0 | $0 | $402,200 |



2024/07/15 04:11 PM

en línea

## Resumen General de Pago

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 49731765 | | GONZALEZ SANCHEZ MARIA MARTA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | PORTALES DEL ARCO IRIS manz 5 casa 9 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 5555555 | No |

### DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-06 | 2024-06 | 41564567 | 9469295385 | I | 2024/07/16 | 2024/07/15 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $402,200 |

### LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 49731765 | GONZALEZ MARIA | 25-14 | 30 $1,300,000 | $208,000 | ESSC24 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |

# CUENTA DE COBRO

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024 |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ | CC: | 49731765 |
| | | RUT: | 49731765-0 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | marimar_1702@hotmail.com | TELEFONO: | 3043503190 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | MZ 5 CASA 9 URB. PORTALES DEL ARCOIRIS | CIUDAD: | SANTA MARTA |

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.**

| | |
|---|---|
| No tomaré costos y deducciones | (X) |
| Si tomaré costos y deducciones | |

**La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.**

| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BBVA | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | N° CUENTA: | 0518417266 |
|---|---|---|---|---|---|

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DEL CONTRATO: | CD20243880 | Nº RP: | 4673 | N° CDP: | 722 | PLAZO - DURACIÓN: 1 MES |
| ¿ADICIÓN O PRORROGA? | NO | TIEMPO PRORROGADO | | NO | | VALOR ADICIONADO: NO |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 19/07/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 31 DE JULIO DE 2024 | | VALOR DEL CONTRATO: $2.100.000 |
| N° CDP (ADICIÓN): | NO | OBJETO DEL CONTRATO | PPRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHEBARRENECHE | | | |
| Nº RP: (ADICIÓN) | NO | | | | | |
| ¿SUSPENDIDO? | NO | FECHA DE REINICIO: | | DD/MM/AAAA | NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN: | DD/MM/AAAA |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN) | NO | PERIODO OBJETO DE COBRO: | | JULIO DE 2024 | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO? | | | | $2.100.000 | | |

MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ
C.C49.731.765 DE VALLEDUPAR