ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 16/07/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES No. 4653

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.722

TERCERO: 57417402 - QUINTERO PEÑATA MARTA CECILIA

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 3881

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	3881		

LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

USUARIO IMPRIME: MAURICIO JOSE LASTRE MANCERA
IMPRESO POR: Sistemas CitiSalud SAS
ELABORADO POR: MAURICIO JOSE LASTRE MANCERA

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**ACTA DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR**	CÓDIGO: GJC24F VERSIÓN: 02 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 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
CD20243881	MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA	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

HUJMB JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	ACTA INICIO	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20243881 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20243881
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA
NO. DE IDENTIDAD	57.417.402
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, expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER 31 DE JULIO 2024.
CDP	No. 722
REGISTRO PRESUPUESTAL	No. 4653
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

COPIA

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. **CD20243881** y por la otra, **MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA,** identificada con la cedula de ciudadanía 57.417.402 de Santa Marta, 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** 16 de **JULIO** del año **2024.**

SUPERVISORA:

EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA
C.C. No. 36.722.648

CONTRATISTA:

MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA
C.C. No. 57.417.402

HJMB Julio Méndez Barreneche	**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
MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA
CON C.C Nº 57.417.402

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.	**CD20243881**			**DE FECHA**	**16/07/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	2,100,000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**	$2,100,000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1	**N° CRP:**	4653	**N° CDP:**	722
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MES SIN EXCEDER EL 31 DE JULIO	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	16/07/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO				
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

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)

ITEM	
1	Se direccionó a los usuario a su cita, asignando ficho para ser facturado en los casos necesarios.
2	Se realizó Verificación de cita asignada en listado de asistencia
3	Se Asignaron Fichos a usuarios según su hora de llegada y hora de asignación de la cita.
4	Se brindó Orientación a los usuarios a que se ubicasen en la casilla de facturación correspondiente a su solicitud y hora asignada para la atención
6	Se verificó que los usuarios tuviesen toda la documentación requerida y organizarla para ser facturados
7	Obré con diligencia y cuidado necesario en los demas asuntos que me asignó la supervisora

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**4561521984**	**OPERADOR:**	**SOI**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COOSALUD**	**23/07/2024**	**$ 165.000,00**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**23/07/2024**	**$ 211.200,00**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**23/07/2024**	**31.700**

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:	Marta Quintero P
N°. IDENTIFICACIÓN:	**57417402**

	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 MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA CON C.C Nº 57.417.402

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDAES DE ORIENTACION EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA ESE H.U.J.M.B.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20243881**		**DE FECHA**		16/07/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$2.100.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$2.100.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1	**Nº CRP:**	4653	**N° CDP:**	722
PLAZO DEL CONTRATO	(1) MES(ES)	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	16/07/2024		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	45615211984	**OPERADOR:**	SOI		
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:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	XX

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:	**36722648**

JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	ACTA FINAL	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20243881 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20243881
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA
NO. DE IDENTIDAD	57.417.402
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. 4653
FECHA DEL ACTA DE INICIO	16/07/2024
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 Supervisora del contrato No. **CD20243881** y por la otra, **MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA** identificado con la cedula de ciudadanía N° 54.417.402 de Ciénaga – Mag., 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:

MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA
C.C. No. 57.417.402

PAGO TOA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57417402
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			MARTA CECILIA QUINTERO PENATA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 36 # 5 - 65	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4561521984**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			20				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/07/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9999429030

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.200	$ 0	$ 208.000	$ 3.200	$ 211.200
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 3.200**	**$ 211.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 2.500	$ 0	$ 162.500	$ 2.500	$ 0	$ 165.000
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 2.500**	**$ 0**	**$ 165.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 500	$ 0	$ 32.200
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 32.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD						ARP											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	LC 57417402	QUINTERO PENATA MARTA CECILIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 57417402	$ 31.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 408.400

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA	**CC:**	57417402
		RUT:	57417402-6
CORREO ELECTRÓNICO:	marjof95@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3116738790
DIRECCIÓN DOMICILIO:	MZ 22 CASA 4 LA BOLIVARIANA	**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:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORRO**	**N° CUENTA:**	**117100114257.**

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**CD20243881**	**Nº RP:**	**4653**	**N° CDP:**	**722**	**PLAZO - DURACIÓN: 1 MES**
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	**TIEMPO PRORROGADO**		NO		**VALOR ADICIONADO:** NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	**16/07/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31 DE JULIO DE 2024**		**VALOR DEL CONTRATO: 2,100,000**
N° CDP (ADICIÓN):	NO	**OBJETO DEL CONTRATO**	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL JULIO MÉNDEZ BERRENECHE			
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:**		**MES DE JULIO 2024**		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				**$ 2.100.000**		

Firma del Contratista

MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA

C.C 57,417,402