SUBPROCESO: ACTA DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA:			
NOMBRE :	**PEDRO ANIBAL MONTES JIMENEZ**	**IDENTIFICACIÓN:**	11.343.062
INFORMACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES			
CONTRATO NO:	154 DE 2024		
REGISTRO PRESUPUESTAL NO:	186 DE 2024		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	01/02/2024	**FECHA DE INICIO:**	01/02/2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	31/12/2024	**PLAZO DEL CONTRATO:**	11 MESES

Balance Económico:

BALANCE FINANCIERO	
VALOR CONTRATO:	$42.900.000
Fact. #001 (febrero)	$3.900.000
Fact. #002 (marzo)	$3.900.000
Fact. #003 (abril)	$3.900.000
Fact. #004 (mayo)	$3.900.000
Fact. #005 (junio)	$3.900.000
Fact. #006 (julio)	$3.900.000
TOTAL, EJECUTADO:	$23.400.000
SALDO DEL CONTRATO:	$19.500.000

Nombre del Supervisor:	**NANCY XIMENA RAMOS PULIDO**
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO REVISOR FISCAL DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E. DURANTE EL PERIODO DEL 01 JULIO DE 2024 AL 31 DE JULIO DE 2024.	
CONCEPTO DEL SUPERVISOR:	
CUENTA DE COBRO O DOCUMENTO EQUIVALENTE:	Presenta en un (01) folio documento equivalente a factura # 006 julio/2024
SEGURIDAD SOCIAL (PERIODO COTIZADO, NUMERO DE PLANILLA):	Presenta en dos (02) folios la planilla de seguridad social con #78903779 del mes de julio de 2024. Se verifica en aporte en línea el pago y coincide con el pago en sistema.
RELACIÓN DE ACTIVIDADES:	Presenta dos (02) folios con la relación de las actividades realizas en el periodo del 01 al 31 de julio de 2024 y de acuerdo a las

SUBPROCESO: ACTA DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO

	expresadas en el contrato.
ACTA DE INICIO DEL CONTRATO	Anexa en un (01) folio
RETENCIÓN EN LA FUENTE	Presentado en un (01) folio
ACTA DE FINALIZACIÓN CONTRATO	Se presentará al finalizar el contrato.

OBSERVACIONES: Certifico que el contratista cumplió a cabalidad con las especificaciones y en el tiempo pactado de acuerdo con lo establecido en el objeto y obligaciones contratadas por lo cual se autoriza el pago que corresponde del 01 al 31 de julio 2024.

Ciudad y Fecha: Acacias, julio de 2024.

Firma de supervisor:

NANCY XIMENA RAMOS PULIDO
Supervisor

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA DE VENTA

Decreto N. 522/2003 Art.03

Nº 006

Para personas naturales no comerciantes

ó inscritas como No responsables de IVA

RAZON SOCIAL :	**HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE**		
DIRECCIÓN :	Diagonal 15 Nº 26-21	**TELÉFONO:**	6560160
NIT :	892000264-4		
FECHA DE LA TRANSACCIÓN:	JULIO DE 2024		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO DEL PAGO :	PEDRO ANIBAL MONTES JIMENEZ		**CEDULA: 11.343.062**
CIUDAD Y DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO:	BOGOTA D.C., Carrera 8A No 152 05		

CONCEPTO

Cuenta de cobro del contrato de prestación de servicios **# 154 de 2024** por actividades desarrolladas en el periodo del 01 al 31 de julio de 2024

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO REVISOR FISCAL DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E. PERIODO DEL 01 DE FEBRERO DE 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024

VALOR DE LA OPERACIÓN	**$**	**3.900.000**
RETENCIÓN EN LA FUENTE		**0**
VALOR A PAGAR	**$**	**3.900.000**

FIRMA:

C.C. 11.343.062

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	11343062	PEDRO ANIBAL MONTES JIMENEZ	cra 8A 152 05 torre 1 apto 701	8103923	gestionsolidaria@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	24/07/2024	78903779	$495.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	256.000	0	0	0	0	0	0		256.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.000	200.000
Pensión	1	256.000	256.000
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	495.000	495.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	11343062	PEDRO ANIBAL MONTES JIMENEZ	cra 8A 152 05 torre 1 apto 701	8103923	gestionsolidaria@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	24/07/2024	78903779	$495.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	11343062	MONTES JIMENEZ PEDRO ANIBAL	98	0			N																25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS001	1.600.000	200.000	14-23	1.600.000	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Acacias, 24 de julio de 2024

Señores
HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E.
Acacias

Ref.: RELACION DE ACTIVIDADES EJECUTADAS

De acuerdo con lo establecido en la Cláusula Segunda del Contrato de Prestación de Servicios # 154 de 2023 celebrado entre el **HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E.** y **PEDRO ANIBAL MONTES JIMÉNEZ**, me permito informarle que durante el periodo comprendido del 1 al 31 de julio de **2024**; realice las siguientes actividades:

ACTIVIDADES	PRODUCTO
Cumplir fielmente las funciones que por Ley y Estatutos le competen	Revisión y firma de las de las declaraciones tributarias y certificaciones fiscales
Cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio contratado	-Revisión y firma de las de la declaración de retención en la fuente, al igual que la certificación del pago de aportes de seguridad social. -Revisión preliminar Balance de prueba a junio de 2024.
Firmar los informes Contables y Financieros del Hospital además de los requeridos por los órganos de control y otros órganos competentes	En el periodo no desarrollo esta actividad.
Cerciorase de que las operaciones que se celebren o cumplan por cuenta del Hospital se ajustan a las prescripciones de los estatutos, a las decisiones de la Junta Directiva	Revisión de los soportes de las operaciones sujetas de retención en la fuente y pago de aportes a SGSS.
Dar oportuna cuenta, por escrito, a la Junta Directiva o al Gerente, según los casos, de las irregularidades que ocurran en el funcionamiento del Hospital y en el desarrollo de sus actividades	Se retroalimento a la Contadora sobre la aplicación de la retención en la fuente a rentas de trabajo.
Colaborar con las entidades gubernamentales que ejerzan la inspección y vigilancia y rendirles los informes a que haya lugar o le sean solicitados	En el periodo no se desarrollo esta actividad.

Inspeccionar residualmente los bienes del Hospital y procurar que se tomen oportunamente las medidas de conservación o seguridad de los mismos y de los que ella tenga en custodia a cualquier otro título	En el periodo no se desarrollo esta actividad.
Autorizar con su firma cualquier balance que se haga, con su dictamen o informe correspondiente	-En el periodo no se desarrollo esta actividad. -En proceso revisión de los Estados financieros a 30 de junio de 2024.
Cumplir las demás atribuciones que le salden las leyes o los estatutos y las que, Siendo compatibles con las anteriores, le encomiende la Junta Directiva	Elaboración del informe sobre la auditoria de cumplimiento con el apoyo de una abogada.
Portar el carnet institucional durante la jornada de actividades en un lugar visible; el cual es de uso personal e intransferible. El contratista es responsable de informar de manera inmediata el hurto o pérdida del carnet, y evitar que otras personas hagan mal uso del mismo	En el periodo no hubo actividad referida.
Las demás que le sean necesarias para el adecuado desarrollo del presente objeto y aquellas tendientes a mejorar en todas sus aristas la prestación de servicios de salud con énfasis en calidad	En desarrollo la elaboración del informe de auditoría de cumplimiento con el apoyo de una abogada.



PEDRO ANIBAL MONTES JIMENEZ

C.C. 11.343.062

HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS	**HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E** NIT. 892.000.264 – 4		
	PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL- CONTRATACION		
	ACTA DE INICIO		
	Fecha: 26/11/2020	Código: GJ-SP1-FR5	Versión: 02

CONTRATO No.154 DE PRIIMERO (01) DE FEBRERO DE 2024

FECHA DEL ACTA: 01 de febrero de 2024

Nombre del Contratista principal: **PEDRO ANIBAL MONTES JIMENEZ**

Nº Doc Identificación/Nit: 11.343.062

Nombre Del Supervisor: **JAIME MORENO ROJAS - Gerente**

Tipo De Contrato: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**

Objeto Del Contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO REVISOR FISCAL DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E. DURANTE EL PERIODO DEL 01 DE FEBRERO DE 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024.

Lugar De Ejecución: **Acacias (Meta)**

Termino De Ejecución: ONCE (11) MESES

Fecha De Iniciación De Contrato: **PRIMERO (01) DE FEBRERO DE 2024**

Fecha De Terminación De Contrato: **TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2024**

Valor Contrato: **CUARENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($42.900.000) M/L**

Con la suscripción de la presente acta de inicio, el Hospital a través del SUPERVISOR deja constancia de la verificación del cumplimiento de los requisitos de ejecución entre los que están:

1) Registro presupuestal No.186 de 2024.

Adicionalmente el CONTRATISTA y el SUPERVISOR hacen constar que previo al inicio de la ejecución del contrato REVISARON la siguiente información y la encuentran ajustada:
1. Fecha de iniciación y terminación de contrato de acuerdo a las condiciones de la minuta.

En constancia de todo lo anterior los intervinientes firman la presente acta.

JAIME MORENO ROJAS
Supervisor

PEDRO ANIBAL MONTES JIMENEZ
Contratista

Certificado
Bancario

Miércoles, 31 de enero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que PEDRO ANIBAL MONTES JIMENEZ identificado(a) con CC 11343062, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	20505828959	2004/04/23	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Institución Bancaria

Acacias, 24 de julio de 2024

Señores
Hospital Municipal de Acacías E.S.E
Atn. tesorería y/o Contabilidad
Acacías

Pedro Aníbal Montes Jiménez
_____ identificado con C.C. número

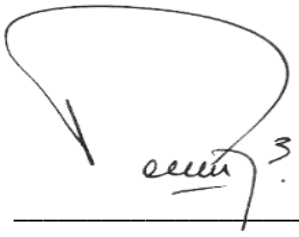
11343062
_____de Zipaquirá _____ manifiesto bajo la gravedad de juramento, para los servicios prestados a la empresa, por el año gravable 2024 en calidad de rentas de trabajo sin que medie vínculo laboral me permito marcar la opción correspondiente para que mi contratante pueda practicar la retención en la fuente correspondiente a título de renta.

En mi declaración de renta el año gravable 2024 **SI** _____ **NO** _X_ incluiré los costos y deducciones procedentes conforme a la ley por el ejercicio de mi actividad.

En Caso de haber marcado la casilla de **SI**, entiendo que no puedo hacer uso del 25% de renta exenta por rentas de trabajo y que la retención en la fuente aplicable son las tarifas generales dependiendo el concepto del **articulo 392 como: honorarios, comisiones o servicios**.

En caso de haber marcado la casilla **NO**, la retención aplicable es la estipulada en el **artículo 383** del E.T. con las depuraciones aplicables concretamente la de la renta exenta del 25% estipulada en el numeral 10 del artículo 206 del E.T.

Cordialmente,



_____

c.c. 11343062

Lo anterior conforme a lo estipulado en el DUR 1625 de 2016 en el parágrafo 4° del artículo 1.2.4.1.17 incorporado por el decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 artículo 11.