**EL SUBGERENTE**
**ESE HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL**
Supervisor

**C E R T I F I C A:**

**Que, GEOVANNA ARIZA GALOFRE** , identificada con C.C 22.524.516 ,expedida en Barranquilla CUMPLIO EL OBJETO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS **No. 0769 de 2024 PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES COMO MEDICO GENERAL EXTRAMURAL Y APOYO A ACTIVIDADES INTRAMURALES EN EL MUNCIPIO DE CONVENCIÓN PARA LA ATENCIÓN A POBLACIÓN EN GENERAL CON ESPECIAL ÉNFASIS EN POBLACIÓN MIGRANTE Y POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL MARCO DEL ACUERDO 03203.AMR.COL.SUB.LDS.HRNO.2024.**

| | |
|---|---|
| Registro Presupuestal: | 001198 |
| Certificado Disponibilidad Presupuestal: | 001195 |
| Contrato de Prestación de Servicios | No. 0769 de 20 de noviembre de 2024 |
| Tiempo del Contrato: | TREINTA Y CINCO (35) días. |
| Término del contrato: | 23 de diciembre de 2024 |
| Valor del contrato: | $ 11.000.000 |
| Valor a cobrar | $ 11.000.000 |

**Que,** Así se desprende del inciso segundo del artículo 1.2.4.1.7 del decreto 1625 de 2016: «Para la procedencia de la deducción en el impuesto sobre la renta y complementario de los pagos realizados a las personas mencionadas en el inciso anterior por concepto de contratos de prestación de servicios, el contratante deberá verificar que los aportes al Sistema General de Seguridad Social estén realizados de acuerdo con los ingresos obtenidos en el contrato respectivo, en los términos de Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y 1833 de 2016, por medio del cual se compilan las normas del Sistema General de Pensiones y las demás normas vigentes sobre la materia, así como aquellas disposiciones que las adicionen, modifiquen o sustituyan.»

**Que,** así mismo se verifico documentalmente, y a través de la página web del ADRES y/o la plataforma de pagos de seguridad social respectiva, que el Contratista canceló su seguridad social conforme a IBC lo reglamentado en la ley, y por los montos mínimos al que está obligado por el presente pago de noviembre y diciembre, planilla # 9479056004 – 9479057019.

**CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO**

| TIPO IDENTIFICACION | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 22524516 | ARIZA | GALOFRE | GEOVANNA | | 2016-05 | CAFESALUD E.P.S S.A. | COTIZANTE |
| CC | 22524516 | ARIZA | GALOFRE | GEOVANNA | | 2015-11 | SALUDCOOP E.P.S | COTIZANTE |
| CC | 22524516 | ARIZA | GALOFRE | GEOVANNA | | 2024-11 | EPS SANITAS | COTIZANTE |

**INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS**

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN * |
|---|---|---|---|---|
| EPS SANITAS | 11/2024 | 4 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 10/2024 | 27 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 08/2024 | 5 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 07/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 06/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

**Que**, allegado a este despacho la constancia de ejecución por la Coordinadora Junior de Programas Project Hope marco del acuerdo 03203.amr.col.sub.lds.hrno.2024 suscrito entre la **ESE HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL Y PROJECT HOPE,** la Profesional **LILIBETH QUINTERO ARENAS**, certifico que cumplió con las actividades ejecutadas del 20 de noviembre al 23 de diciembre del 2024.

**Qué,** el contrato y/o proceso de: **0769-2024**, se encuentra publicado en el Sistema Electrónico de Contratación Pública (SECOP II), y el estado es **CELEBRADO**, según constancia de publicación: CO1.PCCNTR.7039191

| | |
|---|---|
| Radicado: | **SUB-1610 -2024** |
| Fecha: | 29-12-2024 |
| Hora: | 03:55 PM |
| Dependencia: | SUBGERENCIA |

Se expide la presente a solicitud del Interesado a los 29 días del mes de diciembre de 2024, para efectos de cobro.




**CARLOS EDUARDO BONILLA DÍAZ**
Supervisor