



UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE E.S.E. IBAGUE TOLIMA	GC-CON-FT-008
GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	JULIO DEL 2022
SUBPROCESO CONTRATACIÓN	VERSION 002
FORMATO ÓRDENES DE PAGO	PAG 1 DE 1

Contrato N°:552 _____ LUIS HERNANDO GUTIERREZ SAAVEDRA

Periodo: _____ NOVIEMBRE

Dependencia: _____ CONTRATACION

Pago N°: _____ 2

Documentos Básicos	Descripción	Adjunta		Observación
		Si	No	
1	Informe de actividades y evidencias	X		
2	Certificación de supervisor	X		
3	Pago de aportes de seguridad social (persona natural)	X		
4	Pago de aportes de seguridad social y Certificado de seguridad social y parafiscales (persona jurídica)			
5	Resolución de pensión o recibo de pago de pensión y/o carta donde manifieste que nunca ha cotizado pensión (para mayores de 55 años)			
6	Factura (persona jurídica u obligado a facturar)			
7	Entrada Almacén (si aplica)			
8	Documento equivalente (persona natural)	X		
9	Formato de Rentas (personal natural)	X		
10	Acta de inicio (si es primer pago)			
11	Pólizas aprobadas (si es primer pago)			
12	Estampillas (si es primer pago, para contratos que aplique)			
13	Certificación bancaria (si es primer pago)			
14	Acta de recibo parcial, informe parcial y/o Acta de liquidación o informe final (Contratos de obra)			

NOTA: La oficina de contratación certifica que una vez revisados los documentos aportados, estos se encuentran conformes a lo estipulado en el contrato.

Revisión Supervisor

Firma _____

Nombre: _____ ADRIAN ROZ ALVIS

N° de Documentos Básicos: _____

Fecha de diligenciamiento: _____ 27/11/2024

Revisión Contratación

Firma _____

Nombre _____

No. De Documentos Básicos _____

Fecha de recibido contratación: _____ 12/12/2

Ibagué, 12 de diciembre de 2024

SUPERVISOR/A:
ADAN RUIZ ALVIS
UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE U.S.I. E.S.E.

Por medio de la presente me permito hacer entrega de los soportes correspondientes al informe del mes de Noviembre con relación a las actividades ejecutadas por la contratista LUIS HERNANDO GUTIERREZ S según contrato N° 552 del 07 de OCTUBRE del 2024.

Relacionado a continuación:

CARPETA NUMERO	N° DE FOLIOS	ITEM	CONTENIDO DE LA CARPETA
1		UI -SAN FRANSISCO	-CERTIFICADO ENTREGA DE INFORME - INFORME DE CONTRATISTA -DOCUMENTO EQUIVALENTE - CERTIFICACION DE SEG SOCIAL - DOCUMENTOS FINANCIEROS - CERTIFICADO DE SUPERVISOR -CD

Cordialmente,


LUIS HERNANO GUTIERREZ SAAVEDRA
Contratista

“NUESTROS SERVICIOS AL ALCANCE DE TODOS”
Carrera 8 No 24-01Barrio el Carmen
Teléfonos 2655534 - 27395 83
Email: gerencia@usiese.gov.co

	UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE E.S.E. IBAGUE TOLIMA	CODIGO: GF-CO-FT-002
	GESTION FINANCIERA	FECHA: JULIO 2021
	SUBPROCESO CONTABILIDAD	Página 1 de 2
	FORMATO DE CERTIFICACION SUPERVISOR DEL CONTRATO	VERSION 001

EL SUSCRITO SUPERVISOR DE LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO USI ESE DESIGNADO PARA ADELANTAR ACCIONES DE SEGUIMIENTO AL CONTRATO No. 552 DEL 07 DE OCTUBRE 2024 SUSCRITO ENTRE LUIS HERNANDO GUTIERREZ SAAVEDRA Y LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO U.S.I. E.S.E.

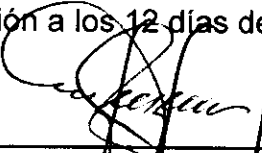
CERTIFICA

Que previa revisión de los soportes entregados por el contratista LUIS HERNANDO GUTIERREZ SAAVEDRA identificada con C.C. N°. 5.824.823 de Ibagué y aprobados cumplió con las actividades propias que le fueron asignadas de conformidad con las cláusulas establecidas en el Contrato No.552 del 07 octubre de 2024, con fecha de legalización según acta de inicio del 18 octubre 2024 con cuyo objeto contractual es **CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN AREAS ADMINISTRATIVAS Y/O FINANCIERAS PARA APOYAR PROCESOS DE PLANEACION FORMULACION Y SEGUIMIENTO A LOS CONVENIOS Y CONTRATOS QUE SUSCRIBA USI E.S.E, ENTRE OTROS A LA GERENCIA Y DEMAS DEPENDENCIAS DE LA UNIDA DE SALUD DE IBAGUE USI E.S.E.**

Nº Contrato	Contratista	Mes certificado	Valor
552	LUIS HERNANDO GUTIERREZ SAAVEDRA	NOVIEMBRE	\$ 4.500.000

La cancelación de esta cuenta estará sujeta la verificación del pago de aportes de seguridad social, pensión y riesgos laborales.

Se expide la presente certificación a los 12 días del mes de diciembre del 2024.



ADAN RUIZ ALVIS
Supervisor contrato.

	UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE E.S.E. IBAGUE TOLIMA	CODIGO: GF-CO-FT-008
	GESTION FINANCIERA	FECHA: ENERO 2024
	SUBPROCESO CONTABILIDAD	Página 1 de 2
	FORMATO DE RENTA CEDULAR	VERSION 002

IBAGUE NOVIEMBRE 2024

Señores
UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE
Oficina de Contabilidad y Tesorería
Ciudad

Referencia: Certificación de cumplimiento de requisitos para categoría empleado (Artículos 206, 331, 336 y 383 del ET y decreto 2231 de Dic 2023).

De conformidad con la referencia me permito manifestarle lo siguiente bajo la gravedad de juramento.

- Nombre del prestador del servicio: LUIS HERNNADO GUTIERREZ SAAVEDRA
- Identificación: 5.824.823 DE IBAGUE
- Régimen del impuesto de venta al que pertenece: NO RESPONSABLE DE IVA
- Mes al que pertenece la certificación: DEL 01 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE

De conformidad con el Artículo 383 del Estatuto Tributario, me encuentro dentro de la categoría de empleados de conformidad con el Parágrafo 2 modificado por la Ley 2277 de 2022 que reza lo siguiente:” La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria”.

- Valor de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social.
 - N.º de la planilla 7950506312
 - Aporte salud \$ 225.900
 - Aporte de pensión \$ 289.200
 - Aporte ARL \$ 9.500

Certifico bajo la gravedad de juramento, que no serán tomados los costos y deducciones asociados a las rentas obtenidas bajo este contrato, considerando que se opta por la renta exenta prevista en el numeral 10 del Artículo 206 del Estatuto Tributario conforme con lo dispuesto en el parágrafo 5 del mismo artículo. Actualizado mediante Decreto 2231 de diciembre 22 de 2023.

- Certifico bajo la gravedad del juramento que los soportes del pago de aportes obligatorio al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. SI ☐ NO ☒
- Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios por el sistema ordinario de renta SI ☒ NO ☐

FIRMA _____
C.C. 5824.823

	UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE E.S.E. IBAGUE TOLIMA	CODIGO: GF-CO-FT-008
	GESTION FINANCIERA	FECHA: ENERO 2024
	SUBPROCESO CONTABILIDAD	Página 2 de 2
	FORMATO DE RENTA CEDULAR	VERSION 002

RENTA CEDULAR
(Ley 1819 de 2016)

Para dar cumplimiento a lo establecido en la ley 1819 de 2016 donde se modificaron los artículos 329 al 343 del Estatuto tributario, yo **LUIS HERNANDO GUTIERREZ SAAVEDRA** Identificado C.C. N.º 5.824.823 de IBAGUE. Informo que mis ingresos facturados según documento anexo corresponden a:

- (X) **RENTA DE TRABAJO:** Las rentas de trabajo son las señaladas en el artículo 103 del Estatuto Tributario, es decir salarios, comisiones, prestaciones sociales, compensaciones recibidas por el trabajo asociado cooperativa y en general, las compensaciones por el servicio personal.
- () **PENSIONES:** Se entenderán ingresos por conceptos de pensiones, las contempladas en el numeral 5 del artículo 206 Estatuto Tributario, siendo estas las pensiones de jubilación, invalidez, vejez, de sobrevivientes y sobre riesgos profesionales.
- () **RENTA DE CAPITAL:** Ingresos por concepto de intereses, rendimiento financiero, regalías y explotación de la propiedad intelectual.
- () **RENTAS NO LABORALES:** Todos aquellos ingresos que no se pueden clasificar en las tres anteriores y aquellos honorarios percibidos por prestación de servicios, siempre y cuando para su generación se contrate o vincule dos o más trabajadores.
- () **DIVIDENDOS Y PARTICIPACIONES:** Se entiende ingresos generales por dividendos.

Cordialmente,

FIRMA 
C.C. N.º 5.824.823

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 5824823
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LUIS HERNANDO GUTIERREZ SAAVEDRA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	MZ 6 CS 23 JORDAN 1 ETAPA	TELÉFONO: 2741782
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7950506312	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	6	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1120444638

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	
							X										

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800227940	231001	231001-COLFONDOS			1	\$ 289.200
SUBTOTAL:					1	\$ 289.200
SALUD						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL			1	\$ 225.900
SUBTOTAL:					1	\$ 225.900
RIESGOS PROFESIONALES						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.			1	\$ 9.500
SUBTOTAL:					1	\$ 9.500

VALOR SIN MORA:	\$ 522.400
VALOR MORA:	\$ 2.200
TOTAL PAGADO:	\$ 524.600