
CUMPLIDO A SATISFACCIÓN

LA SUSCRITA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA DE LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO – BOLIVAR, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y CONSTITUCIONALES

CERTIFICA:

Que **CORPORACION VOLVER A VIVIR O.N.G,** identificada con NIT. 900.122.133-1, Representada legalmente por **LEOPOLDO RAFAEL BALDOVINO CHAVEZ,** identificado con C.C 18.761.050, **CUMPLIÓ** con la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y ASESORIA A LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO EN LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2025 Y LA ELABORACION DEL PLAN DE CARGOS INICIAL DE LA ESE VIGENCIA 2025,** realizo entrega del producto contratado, y presento los documentos requeridos para pago tales como previa informe de actividades, cuenta de cobro y aporte a salud.

Para mayor constancia se firma en el Municipio de Arroyohondo, a los Veintitrés (23) días del mes de Diciembre de 2024.

Atentamente,

ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO
Subgerente
ESE Centro de Salud con Cama de Arroyohondo

CUENTA DE COBRO
DICIEMBRE DE 2024

LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO
Nit: 806.008.082-4

DEBE A:

CORPORACION VOLVER A VIVIR O.N.G
Nit: 900.122.133-1

El valor de: **VEINTIDÓS MILLONES DE PESOS M/cte ($22.000.000),** por concepto de: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y ASESORIA A LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO EN LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2025 Y LA ELABORACION DEL PLAN DE CARGOS INICIAL DE LA ESE VIGENCIA 2025, correspondiente a la totalidad del contrato.

Atentamente,

LEOPOLDO RAFAEL BALDOVINO CHAVEZ
Representante Legal
Corporación Volver a Vivir O.N.G

Factura Electrónica De Venta No. CFV 724
Ver. UBL 2.1

Forma de Pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Moneda: COP
Total de Lineas: 1

Fecha de Validación: 13/12/2024 01:48 PM
Fecha de Generación: 13/12/2024 01:48 PM
Responsabilidad Fiscal: R-99-PN No responsable
Responsabilidad Tributaria: Impuesto sobre las Ventas
(48) Impuesto sobre las ventas - IVA

Emisor : CORPORACION VOLVER A VIVIR O.N.G.
Razón Social: CORPORACION VOLVER A VIVIR O.N.G.
NIT: 900122133
Teléfono: + (57) 316 7007121
Correo Electrónico: leo190130@gmail.com
Dirección: BRR FLORIDA CL 15 16 45
Departamento: BOLÍVAR
Municipio: MAGANGUÉ

Receptor : EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (CENTRO DE SALUD CON CAMA DE AR ROYOHONDO BOLIVAR)
Razón Social EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO
NIT: 806008082-1
Teléfono: +(57) 301 5306138
Correo Electrónico: ese_arrollohondo@hotmail.com
Dirección: CARRERA 1E N° 1 - 104 CALLE PRINCIPAL
Responsabilidad Fiscal: R-99-PN No responsable
Responsabilidad Tributaria: ZZ - No Aplica
Régimen Fiscal: (49) No responsable de IVA
País: Colombia
Departamento: BOLÍVAR
Municipio: ARROYOHONDO

#	Cod	Item	Detalle	Cant	Unidad	Precio	Subtotal	IVA%	IVA	Total
1	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y ASESORIA A LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROY	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y ASESORIA A LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROY	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y ASESORIA A LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO EN LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2025 Y LA ELABORACION DEL PLAN DE CARGOS INICIAL DE LA ESE VIGENCIA 2025.	1	unidad	22,000,000	22,000,000	0	0	**22,000,000**

Autorizado DIAN para la Facturación Digital.
Generada por: FACTOA https://factoa.co
Servicios informáticos TECNODEV CO SA 901360857-7 / Proveedor Tecnologico Cadena SA 890930534-0

Detalles:
Son: VEINTIDÓS MILLONES PESOS
ANEXO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ENTRE LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO Y CORPORACION VOLVER A VIVIR O.N.G

CUFE :
c67355f0723244289145d63cb2ef8379863448f473886bc3c274d23987e381b623f97dc6cf454496972b729e650b93e2

Detalle de Venta	
Subtotal :	COP 22,000,000
Descuento :	COP 0
Monto Bruto :	COP 22,000,000
Monto IVA :	COP 0
Total Venta:	COP 22,000,000
Total:	COP 22,000,000

Arroyohondo - Bolívar, Diciembre de 2024

Doctora:
ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO
Subgerente
ESE Centro de Salud con cama de Arroyohondo

Ref.: **Informe de Gestión del Contrato de Prestación de Servicios correspondiente al periodo total del contrato.**

Cordial saludo,

Mediante el presente escrito presento ante su despacho el informe de actividades realizadas, en el marco de la ejecución del contrato de prestación de servicios que se referencia como sigue.

Información Básica del Contrato:

CONTRATISTA	CORPORACION VOLVER A VIVIR O.N.G
FECHA DEL CONTRATO:	03/12/2024
Nº DEL CONTRATO:	CO1.PCCNTR.7087948
OBJETO Y ALCANCE DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y ASESORIA A LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO EN LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2025 Y LA ELABORACION DEL PLAN DE CARGOS INICIAL DE LA ESE VIGENCIA 2025.
FECHA DE INICIO	03/12/2024
PLAZO:	Quince (15) días
SUPERVISOR:	ALEXANDRA CASSIANI OROZCO

Actividades realizadas:

1. Apoye a la ESE Centro de Salud con cama para la elaboración del sistema presupuestal, plan de cargos inicial, correspondiente a la vigencia fiscal 2025, para lo cual se tuvo en cuanta primero el plan de cargos actual (2024), el IPC causado a noviembre y el esperado a 31 de diciembre del año 2024, de igual forma se tuvo en cuenta el crecimiento de la economía, lo cual permitió que la ESE planteara un incremento salarial para los empleados que conforman el plan de cargos equivalente al 8%.

2. Socialice ante el área administrativa y financiera (gerente, Subgerente, Contador, jefe de Presupuesto) el proyecto de acuerdo por medio del cual se aprueba el plan de cargos inicial de la ESE Centro de Salud con cama de Arroyohondo.

3. Apoye a la ESE en la elaboración del proyecto de acuerdo por medio del cual se establece el plan de cargos inicial para la vigencia fiscal 2025, el cual se entregó en medio físico y magnético para que sea presentado a la honorable junta directiva de la ESE para su estudio y aprobación.

4. Apoye a la ESE en el proceso de realizar la proyección del presupuesto de ingresos de la vigencia fiscal 2025, para lo cual solicite a la ESE Centro de Salud con Cama de Arroyohondo los diferentes contratos firmados con las EPS de régimen subsidiado, contributivo.

5. Solicite copia en medio magnético de las ejecuciones de ingresos, correspondiente a las vigencias fiscales 2021, 2022, 2023 y octubre de 2024.

6. Solicite una relación de los ingresos recibidos durante la vigencia fiscal comprendida entre 01 de enero al 30 de octubre del año 2024.

7. Apoye en la codificación del presupuesto de Ingresos, teniendo en cuenta los códigos CCPET.

8. Solicite la facturación por régimen de enero a octubre del año 2024, con los insumos solicitados en los numerales anteriores logramos apoyar a la ESE en la proyección del presupuesto de ingresos para la vigencia fiscal 2025, la cual arrojo un presupuesto inicial equivalente a la suma de $2.998.875.494.

9. Solicite a la ESA copia en medio magnético de las ejecuciones presupuestales de gastos (2021,2022, 2023 y octubre 2024), con la finalidad de ver el comportamiento histórico de los compromisos, obligaciones y pagos.

10. Solicitamos una relación detallada de todos los contratistas (nombre, apellidos, objeto, valor del contrato, valor mensual) de enero a octubre de 2024, para poder tener un estimativo mensual y anual.

11. Realice la proyección de los gastos de funcionamiento para la vigencia fiscal 2025, que ascienden a la suma de $1.982.799.658; servicio a la Deuda $1.000, Inversión 1.000 y gastos de operación comercial por valor de $1.016.072.846.

12. Con la información suministrada proyectamos el presupuesto de gastos de la vigencia fiscal 2025 por valor de $2.998.875.494, se tuvo en cuenta el presupuesto de ingresos de la misma vigencia, además se proyectó el 5% del presupuesto de ingresos que va para el mantenimiento hospitalario, tal como lo establece la norma.

13. Apoye a la ESE en la elaboración del proyecto de acuerdo por medio del cual se aprueba el presupuesto de ingresos y gastos de la ESE Centro de salud con cama de Arroyohondo para la vigencia fiscal 2025, el cual entregó en medio físico y magnético para que sea presentado a la honorable junta directiva de la ESE para su estudio y aprobación.

14. Se adjunta copia del pago de la seguridad Social del mes de noviembre del año 2024, así como el certificado de aportes parafiscales.

Nota: Hago entrega en medio físico y magnético del proyecto de acuerdo por medio del cual se establece el plan de cargo inicial de la vigencia fiscal 2025, también se realizó entrega del proyecto de acuerdo por medio del cual se establece el presupuesto de ingresos y gastos para la vigencia fiscal 2025.

Atentamente,

LEOPOLDO RAFAEL BALDOVINO CHAVEZ
Representante Legal
Corporación Volver a Vivir O.N.G

aportes 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
NIT 900122133	1	COORPORACION VOLVER A VIVIR ONG	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFAMILIAR CARTAGENA	Cll 15 # 16 b - 43	MAGANGUE-BOLIVAR	3113770942	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1112763308	9478684742	E	2024/12/09	2024/12/09	BANCOLOMBIA	0	$1,482,900

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: COMFAMILIAR CARTAGENA (1 Afiliados)							$3,900,000	$624,000			$3,900,000	$487,500			$3,900,000	$156,000			$3,900,000	$20,400		$3,900,000	$195,000
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (1 Afiliados)							$3,900,000	$624,000			$3,900,000	$487,500			$3,900,000	$156,000			$3,900,000	$20,400		$3,900,000	$195,000
Ciudad: MAGANGUE Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)							$3,900,000	$624,000			$3,900,000	$487,500			$3,900,000	$156,000			$3,900,000	$20,400		$3,900,000	$195,000
1	CC	18761050	BALDOVINO LEOPOLDO		230301	30	$3,900,000	$624,000	ESSC07	30	$3,900,000	$487,500	CCF09	30	$3,900,000	$156,000	14-11	30	$3,900,000	$20,400	30	$3,900,000	$195,000
Total Afiliados(1)							$3,900,000	$624,000			$3,900,000	$487,500			$3,900,000	$156,000			$3,900,000	$20,400		$3,900,000	$195,000

aportes 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
NIT 900122133	1	COORPORACION VOLVER A VIVIR ONG	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFAMILIAR CARTAGENA	Cll 15 # 16 b - 43	MAGANGUE-BOLIVAR	3113770942	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1112763308	9478684742	E	2024/12/09	2024/12/09	BANCOLOMBIA	0	$1,482,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$624,000	$0	$0	$624,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$624,000	$0	$0	$624,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,400	$0	$0	$20,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$20,400	$0	$0	$20,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$156,000	$0	$0	$156,000
COMFAMILIAR CARTAGENA	CCF09	890,480,110	1	1	$156,000	$0	$0	$156,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$487,500	$0	$0	$487,500
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$487,500	$0	$0	$487,500
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$117,000	$0	$0	$117,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$117,000	$0	$0	$117,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$78,000	$0	$0	$78,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$78,000	$0	$0	$78,000
TOTAL				**1**	**$1,482,900**	**$0**	**$0**	**$1,482,900**

	CORPORACION VOLVER A VIVIR ONG **CORVOLVI** **ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL**	**Fecha:** **24/01/2022**
	NIT: 900122133-1 Celular: 3113770942	
	Dir.: Calle 15 Nº 16B-43 Barrio Florida Magangué – Bolívar	**Versión: 01**

::

CERTIFICADO DE PAGO APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo, **JAIR HERNANDO PEREIRA MADERA**, identificado con cedula de ciudadanía N° **73.242.519**, en mi condición de Revisor Fiscal de **CORPORACION VOLVER A VIVIR ONG,** identificada con **Nit 900.122.133-1** , certifico el pago de los aportes de pensión, salud y riesgos laborales correspondiente a la nómina de los últimos Seis (06) meses legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección y así mismo declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordantes en consonancia con la Ley 828 de 2003 y las Leyes 1607 de 2012 y 1739 de 2014.

Adicionalmente tratándose de persona natural nacional deberá también acreditar el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales con la planilla o comprobante de pago de los referidos aportes como mínimo del mes inmediatamente anterior a la fecha prevista para el cierre de la presente convocatoria.

Dada en el municipio de Magangué Bolívar a los Veinte (20) días del mes de Diciembre de 2024

Atentamente,



Jair Hernando Pereira Madera
Revisor Fiscal
TP 124167-T