

Página 5 de 2	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	 POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021		
Versión: 3		

Ciudad y fecha:	Soledad, 1 Marzo del 2025																
Unidad:	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO																
Tipo de contrato	<table border="1"> <tr> <th>Tipo de contrato</th> <th>Marque el tipo de contrato</th> </tr> <tr> <td>Orden de compra</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de obra</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de consultoría</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de prestación de servicios</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Contrato de compraventa</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de suministro</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato interadministrativo</td> <td></td> </tr> </table>	Tipo de contrato	Marque el tipo de contrato	Orden de compra		Contrato de obra		Contrato de consultoría		Contrato de prestación de servicios	X	Contrato de compraventa		Contrato de suministro		Contrato interadministrativo	
Tipo de contrato	Marque el tipo de contrato																
Orden de compra																	
Contrato de obra																	
Contrato de consultoría																	
Contrato de prestación de servicios	X																
Contrato de compraventa																	
Contrato de suministro																	
Contrato interadministrativo																	
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	PN – UPRES . 107-7- 20450-2024																
Constancia de recibido No.	022025																
Contratista:	LUZ MERY QUINONEZ																
NIT del contratista:	CC 22.647285																
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA																
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NA																
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	\$ Valor del contrato 10.988.757																
Plazo de ejecución:	4 Meses Del 25/11/2024 hasta 24/03/2025																
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	N/A																
Lugar de ejecución y/o entrega	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO																
Incumplimiento del plazo de ejecución SI NO X																	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	PP: Zoila Quintero jurado																
Fecha de entrega certificada:	Durante el mes de febrero 2025																

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia (vigencia del valor de la entrega 2025)	Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
	UPRES	16	Auxiliar de enfermería	\$ 2.478.667	\$2.478.667	00	\$2.478.667
Acta de recepción de bienes	NA						

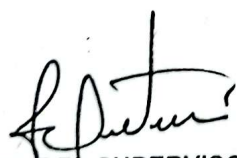
No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
022025	1 marzo de 2025	\$ 2478667		\$ 2.478667
Valor total bienes y/o servicios recibidos				\$ 2.478667

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Informe de Actividades Mensual los servicios se prestaron dentro del plazo de ejecución, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, avala el pago de la cuenta de cobro N° 02 2025 con fecha de febrero del 2025

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios realizados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO SI X No	Observaciones y Evidencias
1	anexo reporte de actividades mes de febrero del año 2025	SI	ANEXO INFORME DE ACTIVIDAD DEL MES DE FEBRERO DEL 2025
2	Como supervisor del contrato no .. 107-7- 20450-2024 doy fe que la presente cuenta de cobro ya está debidamente cargada en el secop ii del contratista	SI	Como supervisor del contrato no .. 107-7- 20450-2024 doy fe que la presente cuenta de cobro ya está debidamente cargada en el secop ii del contratista

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.



FIRMA DEL SUPERVISOR

PT: ZOILA QUINTERO JURADO

SUPERVISOR DE CONTRATOS POMED EPSCO-DEATA

CUENTA DE COBRO 022025

Soledad: Atlántico 1 de Marzo de 2025

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO

DEBE A:

LUZ MERY QUIÑONEZ CAÑAS identificado (a) con cédula de ciudadanía **22647285** de soledad, Atlántico, la suma de \$ **2.478.667 pesos** por concepto de las actividades desempeñadas durante el mes de febrero 2025, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **107-7-20450-2024** Suscrito con la unidad prestadora de salud atlántico para prestar los servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, realizando actividades asistenciales, y atención domiciliaria.

Favor consignar en la cuenta de ahorros **CAJA SOCIAL N° 24106092903**

Atentamente,

Luz Mery Quiñonez Cañas
LUZ MERY QUIÑONEZ CAÑAS

C.C. 22.647.285

Pago Aportes EPS, AFP Y ARP

Soledad: Atlántico 1 de Marzo 2025

Señores:

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO

Respetados señores;

Yo, LUZ MERY QUIÑONEZ CAÑAS, identificado con cedula de ciudadanía N° 22.647285 de Soledad Atlántico, para los efectos previstos en la Ley 1607 de 2012 y el Decreto reglamentario 0099 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como; empleado, según el Artículo 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en la Unidad Prestadora De Salud además mi condición es de **NO Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

Luz Mery Quiñonez Cañas
LUZ MERY QUIÑONEZ CAÑAS

C.C. 22.647.285

CONTACTO: 3215216598

CUENTA DE COBRO 022025

Soledad: Atlántico 1 de Marzo de 2025

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO

DEBE A:

LUZ MERY QUIÑONEZ CAÑAS identificado (a) con cédula de ciudadanía **22647285** de soledad, Atlántico, la suma de **\$ 2.478.667 pesos** por concepto de las actividades desempeñadas durante el mes de febrero 2025, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **107-7- 20450-2024** Suscrito con la unidad prestadora de salud atlántico para prestar los servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, realizando actividades asistenciales, y atención domiciliaria.

Favor consignar en la cuenta de ahorros **CAJA SOCIAL N° 24106092903**

Atentamente,


LUZ MERY QUIÑONEZ CAÑAS
C.C. 22.647.285

Pago Aportes EPS, AFP Y ARP

Soledad, Atlántico 1 Marzo 2025

REPORTE DE ACTIVIDADES

NOMBRE: LUZ MERY QUIÑONEZ CAÑAS
CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA
CC 22647285 SOLEDAD ATLANTICO
CONTRATO No.: 107-7- 20450-2024

Por medio de la presente entrego el reporte de las actividades realizadas en el mes de Febrero del año 2025

Auxiliar de enfermería POMED

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	NUMERO DE ACTIVIDADES
1	Atención a paciente con curación en casa, perteneciente al pomed .	12
2	Atencion a paciente con sonda vesical en el domicilio programa POMED	9
3	Atención al usuario/cuidadores programa pomed	65
4	Toma de muestra de laboratorio en domicilio a paciente pomed	50

Atentamente,

Luz Mery Quiñonez Cañas
LUZ MERY QUIÑONEZ CAÑAS

C.C. 22.647.285

CONTACTO: 3215216598

Soledad, Atlántico, 1 de Marzo 2025

Señores:

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO

Respetados señores;

Yo, LUZ MERY QUIÑONEZ CAÑA en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N°22.647285 expedida en Soledad Atlántico , para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1° del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos profesionales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12,5% salud, 16% pensión y riesgos profesionales para administrativos del 0,522% O SI ES ASISTENCIAL DEL 2,436%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato No . **107-7- 20450-2024 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO**

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 9481150974	
HONORARIOS MENSUALES	2.478.667		
BASE COTIZACION 40%	1.423.500		
APORTE SALUD 12,5%	178000	\$	178.000
APORTE PENSION 16%	227.800	\$	227.800
APORTES DE RIESGO PROFESIONALES			
ASISTENCIALES 2,436%	34.700	\$	34.700
ADMINISTRATIVOS 0,522%			

Cordialmente

Luz Mery Quiñonez Cañas
LUZ MERY QUINONEZ
CC 22647285