E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				Código FINC3F	Versión 2
	FORMATO CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO A CONTRATISTAS DE PS				Fecha de vigencia 29/05/2020	
DATOS DEL CONTRATISTA					FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2022	
Nombres y apellidos :	YEIRE RUTH PALACIO CASTAÑEDA				CC	1.082.905.410
Correo electrónico :	yeirepalacio@gmail.com				Teléfono de contacto: 3015687440	
Dirección domicilio:	MANZANA G CASA 7 ASOCOM				Ciudad:	Santa Marta
Régimen del IVA:	Simplificado x Común ☐		¿Declarante de renta?		no	¿Está obligado a facturar? No
¿Personas a cargo?	si	¿Aporte Voluntario a Fondo de Pensiones?			no	
¿Ahorro Voluntario a cuentas AFC?	NO		¿Pago de Intereses crédito de Vivienda? NO			
Banco al cual consignar:	BBVA		Tipo de cta.:	AHORRO	Nº Cuenta:	0805318854
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº del contrato:	CD20222894	Nº RP:	3322	N° CDP:	774	Plazo - Duración:5 MESES
¿Adición o prorroga?	N/A	Tiempo prorrogado		N/A		N/A
Fecha de Inicio Contrato	01 DE AGOSTO DE 2022	Fecha de Terminación Contrato		31 DE DICIEMBRE DEL 2022		Valor del Contrato: 9.500.000
N° CDP (Adición):		Objeto del Contrato	RVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE ADMISIONES DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MEND			
Nº RP: (Adición)						
¿Suspendido?	N/A	Fecha de reinicio		N/A	Nueva Fecha de terminación : N/A	
Valor Total del Contrato (adici	N/A		Periodo objeto de Cobro	Del	01/08/2022	31/08/2022
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?					1.900.000	
LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACION DEL NETO A PAGAR						
Mes de pagado de seguridad social			JULIO		IBC	1000000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 125,000	Aporte obligatorio a seguridad social Pensión $ 160.000				
Nivel / aporte de riesgo ARL	3	$ 24,400	Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional: NO			
			Total Pago Seguridad Social $ 309.900			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						

Ver Informe Anexo

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL	
1. Cumplí las actividades del objeto contractual descritas en el informe anexo; **2.** Toda la información aquí suministrada es verídica; **3.** He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.	Firma del Contratista YEIRE PALACIO C YEIRE PALACIO CASTAÑEDA 1.082.905.410 de Santa Marta
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, **CERTIFICO:**	
1.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.	Firma del Supervisor
2.- Que el contratistas ha realizado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por medio de la planilla adjunta al presente formato, en concordancia con el periodo objeto de la presente certificación y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.	NESTOR BASTIANELLI SUBGERENTE CIENTIFICO

HOSPIT
JULIO M
Ni
CORRE
SUB

FECHA:
HORA:
RECIBID

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche

INFORME DE ACTIVIDADES

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CÓDIGO: FINC2F
FECHA APROBACIÓN: 2019.feb.01
VERSIÓN 01 (Modificada 2021.nov.28)

CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.: **CD20222894** SUSCRITO EL **01/08/2022** FECHA ENTREGA: **31 de Agosto de 2022**

CELEBRADO ENTRE LA ESE HUJMB Y **YEIRE RUTH PALACIO CASTAÑEDA** CON C.C Nº: **1.082.905.410** DE **Santa Marta**

(NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA) (NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD Y LUGAR DE EXPEDICIÓN)

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME: **CUOTA PAGO DE 2022-08 (AGOSTO)** U. FUNCIONAL EJECUCIÓN ACTIVIDADES: **PROCESO DE VENTA DE SERVICIOS**

CARGO EN EL AREA **ADMISIONES URGENCIAS** NOMBRE DEL SUPERVISOR: **NESTOR BASTIANELLI**

	II. OBLIGACIONES GENERALES	CUMPLIÓ (SI, NO, PARCIAL)	ACTIVIDADES REALIZADAS PARA CUMPLIR LA OBLIGACIÓN
1	Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el gerente y/o supervisor de la orden.	SI	ADMISIONISTA EN EL AREA DE URGENCIAS TURNOS DE 12 DIURNAS HORAS Y 12 HORAS NOCTURNAS, INGRESAR LOS DATOS DE LOS PACIENTES QUE LLEGAN AL AREA DE URGENCIAS EN EL SISTEMA CON PREVIA VERIFICACION DE DERECHOS
2	Realizar todas y cada una de las actividades relacionadas en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad.	SI	CUANTAS ADMISIONES, Y QUE OTRAS ACTIVIDADES, REALIZAN LAS ADMISIONES INGRESADAS EN EL MES DE JUNIO FUERON 255,EN EL MEDICINE OFFICCE Y 255 EN CITISALUD Y GALENUX, PARA UN TOTAL 510, SOLICITAR A LAS DIFERENTES EPS LA AUTORIZACIONES INICIALES DE URGENCIAS, POR EL PORTAL DE CADA EPS O POR TELEFONO CUANDO ES NEESARIO, DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ADMISIONADOS Y ESTANCIAS HOSPITALARIAS CUANDO LLEGAN REMITIDOS DE LAS DIFERENTES CLINICAS O HOSPITALES DEL DEPARTAMENTO O DE OTRA CIUDAD, SE LE REALIZAN LAS MANILLAS A CADA UNO DE LOS PACIENTES INGRESADOS, SE IMPRIMEN LOS PAQUETES COMPLETOS Y SE HACE ENTREGA A QUIEN CORRESPONTE PARA UBICAR AL PACIENTE EN LA CAMA QUE LE CORRESPONDE, REPONDER EL TELEFONO PARA RESPONDER LAS SOLICITUDES DE LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS,UBICAR EN EL SISTEMA LOS PACIENTES QUE SE TRASLADAN DE URGENCIAS PARA LOS DIFERENTES PISOS.
3	Garantizar que en la prestación del servicio cumpla estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por el hospital.	SI	En la ejecuciòn de mis actividades, cumplí con las normas de calidad establecidas por el Hospital.
4	Aportar al hospital la hoja de vida con sus respectivos soportes, los documentos de identificación y los demás que sean solicitados.	SI	Aporté todos los documentos necesarios para soportar mi hoja de vida de acuerdo a lo requerido por el Hujmb.
5	Portar y usar sus EPI (Elementos de Protección Individual), para realizar el servicio contratado en caso de requerirlo y atender las recomendaciones en materia de salud ocupacional y seguridad industrial que efectúe la ESE.	SI	Utilicé de forma adecuada los elementos de protección personal y atendí las recomendaciones en materia de salud ocupacional y seguridad industrial, impartidas por el Hujmb.
6	Estar Afiliado al Sistema General de Seguridad Social (S.G.S.S), (Salud , Pensión y ARL) respectivamente.	SI	Adjunto certificado de afiliacion eps, arl y pensión, planilla 9438223780 pago realido el dia 04 de Agosto 2022
8	Responder por todos y cada uno de lo insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que se le sean puestos a su disposición para la prestación de los servicios realizados, por lo que los mismos, quedaran a cargo del coordinador, administrador o contratista y este responderá con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de perdida o extravío injustificado.	SI	Hice buen uso de los insumos y equipos de oficina, dispuestos por el Hujmb para el cumplimiento de mis actividades.
9	El valor facturado dependerá de los servicios prestados por parte del contratista y verificados por parte del supervisor del contrato.	NO	El valor facturado por concepto de los servicios mensuales prestados corresponde a $1.900.000.
10	Asistir de manera obligatoria a todas las capacitaciones y jornadas académicas que programe el Hospital en Pro del mejoramiento continuo de los procesos y el sistema a obligatorio de la garantía de la calidad.	NO	Asistí a las siguientes capacitaciones: 1.NO
11	El contratista manifiesta que conoce los estándares de acreditación en salud, aplicables al área en el cual prestara sus servicios tales como seguridad en el paciente, humanización, gestión del riesgo, gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad, entre otros, los cuales se compromete al cumplimiento de los mismos.	SI	Manifiesto que conozco el proceso de admision y lo realizo conforme a los parametros establecidos por el Hujmb. Es un ejemplo para quein cumple el rol de admisionista. AQUÍ SE DESCRIBE DE ACUERDO AL ROL DESEMPEÑADO POR EL CONTRATISTA.
12	Las demás que determine el gerente, supervisor y que se deriven de las necesidades del Hospital	SI	Si estoy dispuesto a realizar otras actividades que me asigne mi supervisor
*.	ANEXO DE SOPORTES DOCUMENTALES (Si requiere entregar soportes documentales para demostrar el cumplimiento de obligaciones, describirlos aquí, de manera cuantificada y ordenada).	No anexo soportes documentales.	

YEIRE PALACIO C

FIRMA DEL CONTRATISTA

YEIRE RUTH PALACIO CASTAÑEDA

CC 1.082.905.410

UNIVERS
JOEZ BARR
891.780.185
ONDENCIA RE
RENCIA CIENT

FOL

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082905410		PALACIO CASTAÑEDA YEIRE RUTH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 7A No 11-12	SANTA MARTA-MAGDALENA	3015687440	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2022-07	2022-07	11996674	9438223780	I	2022/08/03	2022/08/04	BANCO DE OCCIDENTE	1	$309,900	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	ige	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Tarifa	Aporte	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1082905410	PALACIO YEIRE																		230301	30	$160,000	EPS017	30	$125,000			$0	14-23	30	2.436	$24,400	0	$0	No	$309,400
Total			Afiliados(1)																				$160,000			$125,000			$0				$24,400		$0		$309,400

2022/08/24 04:03 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082905410		PALACIO CASTAÑEDA YEIRE RUTH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 7A No 11-12	SANTA MARTA-MAGDALENA	3015687440	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	11996674	9438223780	I	2022/08/03	2022/08/04	BANCO DE OCCIDENTE	1	$309,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$200	$0	$160,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$160,000	$200	$0	$160,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$100	$0	$24,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$24,400	$100	$0	$24,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$200	$0	$125,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$125,000	$200	$0	$125,200
TOTAL				1	$309,400	$500	$0	$309,900

2022/08/24 04:03 PM