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 :	CAMILO ANDRES BUSTAMANTE GUARDIOLA					Identificacion	1082991858
Correo electrónico :	camilobguardiola@gmail.com					Teléfono de contacto: 3217494281	
Dirección domicilio:	AV LIBERTADOR 19 - 160 EDIF TORRES DEL SOL APTO 401					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:	BANCOLOMBIA		Tipo de cta.:	AHORRO	Nº Cuenta:		77978972619

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº del contrato:	CD20222734	Nº RP:	3248	N° CDP:	775	Plazo - Duración: 5 MESES
¿Adición o prorroga?	NO	Tiempo prorrogado		N/A		Valor Adicionado:
Fecha de Inicio Contrato	1/08/2022	Fecha de Terminación Contrato		31/12/2022		Valor del Contrato: $25.000.000
N° CDP (Adición):	N/A	Objeto del Contrato	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			
Nº RP: (Adición)	N/A					
¿Suspendido?	N/A	Fecha de reinicio		N/A	Nueva Fecha de terminación N/A	
Valor Total del Contrato (adición)	N/A		Periodo objeto de Cobro	Del	1/08/2022	31/08/2022
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?				$ 5.000.000		

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
Mes de pagado de seguridad social			JULIO	IBC	$ 2.000.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 250.000	Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 320.000
Nivel / aporte de riesgo ARL	3	$ 48.800	Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -
			Total Pago Seguridad Social		$ 618.800

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 veridica; 3. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

CAMILO ANDRES BUSTAMANTE GUARDIOLA
C.C. 1082991858

CERTIFICACIÓN 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 periodo de cobro.

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.

Firma del Supervisor

NESTOR BASTIANELLI RAMIREZ
SUBGERENTE CIENTIFICO

HOSPITAL U
JULIO MENDE
Nit. 89
CORRESPON
SUBGERE

FECHA:
HORA:
RECIBIDO:

Santa Marta, 31 de Agosto de 2022

Dr. NESTOR BASTIANELLI RAMIREZ
Subgerente Científico

Cordial Saludo.

Por medio de la presente le presento el informe de las actividades realizadas durante el periodo comprendido entre el 01 de Agosto de 2022 y el 31 de Agosto de 2022 y fueron las siguientes:

1. Realice ronda médica diaria.
2. Deje registro en la historia clínica los pacientes todas las acciones necesarias para el cuidado de los pacientes, en aras de dejar constancia legal y Científica.
3. Realice actividades donde se involucraron a los estudiantes y personal del servicio para el desarrollo formativo de los implicados.
4. Realice el diligenciamiento de los formatos Mipres en las plataformas establecidas por el ministerio de salud para los medicamentos NO POS.
5. Realice todas las acciones médicas pertinentes para el mejoramiento de los pacientes.
6. Cumplí con los turnos asignados y el número total de horas contratadas, si se requiere algún cambio de turno este es solicitado por escrito con su respectiva justificación al supervisor del contrato el Subgerente Científico.
7. Realice ronda técnico- científica y técnico - administrativa en los servicio el día y la hora estipulada por la Subgerencia Científica.
8. Realizo ronda médica diaria la cual consiste en valoración, seguimiento, evolución ordenes médicas y ayudas diagnósticas, RIPS y epicrisis de los pacientes hospitalizados.
9. Realice el diligenciamiento de Rips, formatos y demás instrumentos de control de seguimiento suministrados son por intermedio del sistema de esta E.S.E.
10. Realice todas las acciones pertinentes en aras de que la institución no vea afectado sus ingresos por acciones u omisiones con respecto a glosas realizadas por las diferentes eps y aliados estratégicos de la misma.

CAMILO ANDRES BUSTAMANTE GUARDIOLA
C.C. 1.082.991.858

VERSIT
BARRE
80.185-
NCIA RE
A CIENTI
FOLI

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
CC 1082991858		BUSTAMANTE GUARDIOLA CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	manaza e casa 2	SANTA MARTA-MAGDALENA	4353824	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	1614224640	9439006040	I	2022/08/12	2022/08/22	BANCOLOMBIA	10	$686,600

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: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$53,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$2,200,000**	**$352,000**			**$2,200,000**	**$275,000**			**$0**	**$0**			**$2,200,000**	**$53,600**		**$0**	**$0**
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)						**$2,200,000**	**$352,000**			**$2,200,000**	**$275,000**			**$0**	**$0**			**$2,200,000**	**$53,600**		**$0**	**$0**
1	CC	1082991858	BUSTAMANTE CAMILO	230301	30	$2,200,000	$352,000	EPS005	30	$2,200,000	$275,000		0	$0	$0	14-11	30	$2,200,000	$53,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$2,200,000**	**$352,000**			**$2,200,000**	**$275,000**			**$0**	**$0**			**$2,200,000**	**$53,600**		**$0**	**$0**

2022/08/22 01:19 PM

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
CC 1082991858		BUSTAMANTE GUARDIOLA CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	manaza e casa 2	SANTA MARTA-MAGDALENA	4353824	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	1614224640	9439006040	I	2022/08/12	2022/08/22	BANCOLOMBIA	10	$686,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$352,000	$3,100	$0	$355,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$352,000	$3,100	$0	$355,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$53,600	$500	$0	$54,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$53,600	$500	$0	$54,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$275,000	$2,400	$0	$277,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$275,000	$2,400	$0	$277,400
TOTAL				1	$680,600	$6,000	$0	$686,600