ESE 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 :	TATIANA KARINI MOLINA DALLOS					C.C.	37277630
Correo electrónico :	tatymolid@gmail.com					Teléfono de contacto: 3222169025	
Dirección domicilio:	CR 16 CL 74B-144 BLOQ B CASA 12					Ciudad:	Santa Marta
Régimen del IVA:	Simplificado ☐ Común ☐		¿Declarante de renta?			SI	¿Está obligado a facturar? No
¿Personas a cargo?	si	¿Aporte Voluntario a Fondo de Pensiones?				NO	
¿Ahorro Voluntario a cuentas AFC?		N/A			¿Pago de Intereses crédito de Vivienda? NO		
Banco al cual consignar:	Banco DAVIVIENDA		Tipo de cta.:	AHORRO		Nº Cuenta:	488408099775
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO							
Nº del contrato:	CD20223399	Nº RP:	3978		N° CDP:	799	Plazo - Duración: 5 MESES
¿Adición o prorroga?	no	Tiempo prorrogado			N/A		Valor Adicionado: N/A
Fecha de Inicio Contrato	5/08/2022	Fecha de Terminación Contrato			31/12/2022		Valor del Contrato: 15.000.000
N° CDP (Adición):	NO	Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA OFICINA DE PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA PARA LA GESTION DE AUTORIZACIONES Y MERCADEO DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DE LA ESE				
Nº RP: (Adición)	NO						
¿Suspendido?	NO	Fecha de reinicio				Nueva Fecha de terminación	
Valor Total del Contrato (adició	N/A		Periodo objeto de Cobro		Del	05 al 31 de Agosto 2022	31 DE AGOSTO
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?					**$ 3.000.000**		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
Mes de pagado de seguridad social			JULIO				1.200.000,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 150.000	Aporte obligatorio a seguridad social Pensión $				$ 192.000
Nivel / aporte de riesgo ARL	3	$ 29.300	**Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional: NO**				
					Total Pago		$ 371.300

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.

TATIANA KARINI MOLINA DALLOS

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

HOSPIT
JULIO M
Ni
CORRE
SUB
FECHA:
HORA:
RECIBID

HJMB	INFORME DE ACTIVIDADES	Código:	FINC2F
		Fecha de Aprobación:	1/02/2019
		Versión:	01

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONAL DE FECHA 5/08/2022
CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
TATIANA KARINI MOLINA DALLOS CON C.C Nº **37.277.630**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME:	**PRIMER PAGO - AGOSTO 2022**
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**SUBGERENCIA CIENTIFICA**
NOMBRE DEL SUPERVISOR	**DR. NESTOR BASTIANELLI RAMIREZ**

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS REALIZADAS EN EL PERÍODO

1	Realice cotizaciones solicitando materiles para cirugia (30 aprox) en el mes un promedio de 10 diarias.
2	Atendi publico en relacion con reprogramacion de cirugia
3	Gestione con las casas comerciales (RODRIANGEL , HOSPICLINIC Y SYD), agilidad en desapacho de materiales para cupos quirurgicos .
4	Organice los pacientes en espera de materiales de consuta exerna logrando una mayor organizacion y evolucion para las cirugias.
5	Organice documentacion para propuesta comercial con MAGENTA SEGUROS.
6	Organice documentacion para propuesta comercial con COLMEDICA PREPAGADA
7	Organice documentacion para propuesta comercial con SALUD TOTAL
8	Organice documentacion para propuesta comercial con SECRETARIA DPTAL INIMPUTABLES
9	Organice documentacion para propuesta comercial con COMPENSAR SALUD EPS
10	Organice documentacion para propuesta comercial con ALIANSALUD EPS

FIRMA DEL CONTRATISTA. C.C. Tatiana Dallos 37277630

AL UNIVERSITA
ENDEZ BARREN
t. 891.780.185-2
SPONDENCIA RECI
GERENCIA CIENTIFI

FOLIOS:

D:

SOI

Bancolombia

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	37277630
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			TATIANA KARINI MOLINA DALLOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	SANTA MARTA	TELÉFONO:	4394015
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - INDEPENDIENTE
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7845126781	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2022
DÍAS DE MORA:	15		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/08/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1615927873

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.500	$ 0	$ 192.000	$ 2.500	$ 194.500
SUBTOTALES:										$ 192.000	$ 2.500	$ 194.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 150.000	$ 0	$ 2.000	$ 0	$ 150.000	$ 2.000	$ 0	$ 152.000
SUBTOTALES:													$ 150.000	$ 2.000	$ 0	$ 152.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR		PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 29.300	$ 29.300	$ 400	$ 0	$ 29.700
SUBTOTALES:									$ 29.300	$ 400	$ 0	$ 29.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 37277630	MOLINA DALLOS TATIANA KARINI	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.200.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.200.000	$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 192.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.200.000	$ 150.000	$ 0	$ 150.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.200.000	37277630	$ 29.300

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 376.200

Planilla Pagada

RIO
ECHE
BIDA
CA