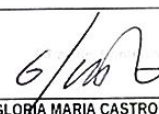


ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		Código FINC3F	Versión 2
FORMATO CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO A CONTRATISTAS DE PS		Fecha de vigencia 29/05/2020	
DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2022	
Nombres y apellidos:	GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ	CC	63471302
Correo electrónico:	gloriacastro73@gmail.com	Teléfono de contacto: 3167787928	
Dirección domicilio:	Cra 66 n. 38-100 villa italia cabaña 7	Ciudad:	Santa Marta
Régimen del IVA:	Simplificado Común x	¿Declarante de renta?	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:	Banco Davivienda	Tipo de cta.:	AHORRO N° Cuenta: 0550488415446050
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato:	CD20223015	N° RP:	3531
¿Adición o prórroga?	no	Tiempo prorrogado	N/A
Fecha de Inicio Contrato	01/08/2022	Fecha de Terminación Contrato	31/12/2022
N° CDP (Adición):	N/A	PRESTACION DE SERVICIO COMO MEDICO GENERAL	
N° RP (Adición)	N/A	Objeto del Contrato	
¿Suspendido?		Fecha de reinicio	Nueva Fecha de terminación
Valor Total del Contrato (adición)	N/A	Periodo objeto de Cobro	Del 01/09/2022 A 30/09/2022
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		AGOSTO	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	Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional: NO	
		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 JURAMENTO, QUE:			
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.		 GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ Medico General	
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.		 NESTOR BASTIANELLI RAMIREZ Supergerente Científico	

HOSP
JULIO
COR
SU
FECHA:
HORA:
RECIBI

 E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	INFORME DE ACTIVIDADES	Código: FINC3F
		Fecha de Aprobación: 01/02/2019
		Versión: 01

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. **CD20223015** DE FECHA **01/08/2022**

GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ CON C.C N° **63.471.302**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME: **SEPTIEMBRE 2022**

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: **GRUPO FUNCIONAL DE URGENCIAS**

NOMBRE DEL SUPERVISOR: **NESTOR BASTIANELLI RAMIREZ**

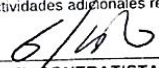
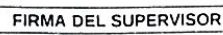
II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

	OBLIGACIONES GENERALES	CUMPLIÓ	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS REALIZADAS EN EL PERÍODO
		SI, NO, PARCIAL, NI A	
1	Registrar en la historia clínica todas las acciones relativas al cuidado del enfermo para dejar constancia científica y legal de lo actuado, utilizando la forma en la cual se encuentra previsto el sistema dentro del cual se registran aquellas	SI	Valore las situaciones en salud de los usuarios recibidos en el servicio de urgencias, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y salud de los pacientes atendidos de dicha área
2	Informarse y evaluar los pacientes ingresado en el servicio para definir acciones y optimizar el manejo.	SI	Practique manejo medico, examen físico completo y terapia farmacológica de cada patología revisada en el servicio de urgencias, con las respectivas valoraciones por las especialidades requeridas
3	Realizar las acciones medico-quirurgica necesarias, para el mejoramiento de la salud de los pacientes	SI	Realice seguimiento periódico de pacientes y evolución clínica de sus patologías de acuerdo a la especialidad por la cual fueron manejados
4	Evaluar el resultado de las acciones médicas tomadas durante el servicio con el fin de ajustar las conductas.	SI	Preste mis servicios con sujeción a los principios éticos-científicos y morales que enmarcan mi ejercicio profesional de la medicina y realice a cabalidad las actividades propias para las que fui contratado
5	Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información para consolidar la producción de la unidad y las especialidades, utilizando el programa y el sistema que se encuentra funcionando dentro de la institución	SI	Atendi a los pacientes en los turnos y en el área asignada por la coordinadora del servicio
6	Establecer las medidas necesarias para brindar una atención con calidad, permitiendo dar solución a las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de atención al paciente integrando a las diferentes especialidades médico quirúrgicas	SI	Participar en las jornadas científicas y actividades académicas, de investigación que convoque el Subgerente Científico o la oficina de docencia de servicio de la E. S. E, en desarrollo de los convenios docente-asistenciales, suscritos o que suscriba la E. S. E
7	Socializar y mantener actualizadas las guías de manejo, procesos y procedimientos para unificar criterios en el manejo del paciente	SI	Diligencie los RIPS, formatos, instrumentos de control de seguimiento de evaluación, en el SOFTWARE que tiene a disposición la E. S. E, para las Historias Clínicas.
8	Mantener las normas de Bioseguridad en su labor. Promover en el servicio la cultura de los valores y principios ético	SI	Aplicar las normas de referencia y contrarreferencia en aquellos casos, que haya lugar. -- Realizar las contrarreferencias, cuando a ello haya lugar, de acuerdo a las normas técnicas y guías de atención
9	Cumplir plenamente con los turnos estipulados y con el número total de horas por las cuales ha sido contratado	SI	Preste los servicios en el tiempo contratado

ANEXO SOPORTES DOCUMENTALES AL INFORME EL SIGUIENTE NUMERO DE FOLIOS O CD:

Nota: Si requiere incluir actividades adicionales relacionadas con el objeto del contrato o más detalle, incluya folios adicionales.

Aprobado por:

FIRMA DEL CONTRATISTA: 	C.C. 63.471.302	FIRMA DEL SUPERVISOR: 	ITAL UNIV MENDEZ B tit. 891.780 RESPONDENC GERENCIA C
--	------------------------	---	--

O: _____

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 61471302		CASTRO FLOREZ GLORIA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VILLA ITALIA CABAÑA # 7 KM 1	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago					
Pension	Salud	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor		
2022-08	2022-08	1645156842	9438734809	2022/05/02	BANCO DAVIVIENDA	7	\$622,900		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO				PENSION			SALUD		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC
General PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,000,000	\$320,000			
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					\$2,000,000	\$320,000			
1	CC 61471302	CASTRO GLORIA	25-14	30	\$2,000,000	\$320,000	EP5005	30	\$2,000,000
Total Afiliados(1)					\$2,000,000	\$320,000			
				CCF			RIESGOS		
				Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC
						\$0			
					\$0	\$0			\$0
					\$0	\$0			\$0
				0	\$0	\$0	14-25	30	\$0
					\$0	\$48,800			\$0
					\$2,000,000	\$48,800			\$0
					\$2,000,000	\$48,800			\$0
					\$2,000,000	\$48,800			\$0
					\$2,000,000	\$48,800			\$0

RSITARIO
ARENECHE
185-2
RECIBIDA
ENTIFICA

FOLIOS: _____

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 94211321		CASTRO FLORES GLORIA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VILLA TALLA CASABA # 7 KM 1	SANTA MARTA MAGDALENA	5555555	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Planilla	Limite	Fecha	Pago	Banco	Pago	Dias Mora	Valor
Pension Salud	1045155842	9421734509	1		2022/09/02	2022/09/08	BANCO DAVIVIENDA			7	\$622,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$320,000	\$2,100	\$0	\$322,100
COLPENSIONES	25-14			1	\$320,000	\$2,100	\$0	\$322,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$48,800	\$400	\$0	\$49,200
COUMENA	14-25			1	\$48,800	\$400	\$0	\$49,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$250,000	\$1,600	\$0	\$251,600
SANTAS	EPS005			1	\$250,000	\$1,600	\$0	\$251,600
TOTAL				1	\$618,800	\$4,100	\$0	\$622,900