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: 30/09/2022	
Nombres y apellidos :	JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ						1,216,971,879
Correo electrónico :	juanrojascrz1@gmail.com					Teléfono de contacto: 3104928329	
Dirección domicilio:	CALLE 8 B No. 21 D 11 ALFONSO LOPEZ					Ciudad:	Santa Marta
Régimen del IVA:	Simplificado x / Común ☐		¿Declarante de renta?			no	¿Está obligado a facturar? No
¿Personas a cargo?	no	¿Aporte Voluntario a Fondo de Pensiones?				no	
¿Ahorro Voluntario a cuentas AFC?					¿Pago de Intereses crédito de Vivienda?		
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA		Tipo de cta.:	AHORRO	Nº Cuenta:		488430026945
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO							
Nº del contrato:	CD20222779	Nº RP:	3465		N° CDP:	775	Plazo - Duración: 150 Días
¿Adición o prorroga?	no	Tiempo prorrogado			N/A		Valor Adicionado: N/A
Fecha de Inicio Contrato	01/08/2022	Fecha de Terminación Contrato			31/12/2022		$9,000,000
N° CDP (Adición):	#nuevo	Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIO DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE PSIQUIATRIA DEL HUJM				
Nº RP: (Adición)	#nuevo						
¿Suspendido?		Fecha de reinicio				Nueva Fecha de terminación	
Valor Total del Contrato (adición	no		Periodo objeto de Cobro		Del	01/09/2021	30/09/2022
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?						$1,740,000	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
Mes de pagado de seguridad social			AGOSTO			IBC	$ 1,000,000
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	$ 309,400
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Descontar 12 horas del 04 de Septiembre del 2022 $ 60,000							

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:	Firma del Contratista
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.	**JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ** **1,216,971,879**
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, **CERTIFICO:**	Firma del Supervisor
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.	**BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON** **39,013,365** **Prof. Especializado Psiquiatria**

INFORME DE ACTIVIDADES	Código:	FINC3F
	Fecha de Aprobación:	01/02/2019
	Versión:	01

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD/022227 DE FECHA 01/08/2022
CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SEPTIEMBRE MENDEZ BARRENECHE Y
JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ CON C.C Nº **1,216,971,879**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME:	***SEGUNDO PAGO – SEPTIEMBRE 2022***
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**GRUPO FUNCIONAL PSIQUIATRIA**
NOMBRE DEL SUPERVISOR	**Dra. BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON**

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

	OBLIGACIONES GENERALES	CUMPLIÓ SI, NO, PARCIAL, N/A	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS REALIZADAS EN EL PERÍODO
1	ASISTENCIALES: Asistir y cumplir con el horario programado, Recibo y entrega de turno de pacientes y equipos, 16 Turnos de 6 horas, 8 Turnos de 12 horas para un total de 192 horas mes, Revisar y observar los pacientes, Revisar y observar los pacientes en su estado de salud, estado de conciencias, Su condición en busca de alteraciones patológicas que ameriten nuestra oportuna intervención y de esta forma evitar complicaciones, Coun un promedio de 12 a 15 pacientes por turnos.	SI	Realice estas actividades en los servicios de PSIQUIATRIA, durante el mes de SEPTIEMBRE
2	FOMENTAR EL AUTOCUIDADO: Educar a los pacientes sobre normas de higiene (corte, arreglo de cabello, uñas y cuidados de la piel	SI	Realice estas actividades en los servicios de PSIQUIATRIA, durante el mes de SEPTIEMBRE
3	REVISAR AL PACIENTE DE ACUERDO AL PROTOCOLO ESTABLECIDO: Camas limpias, higiene de pacientes, servicio limpio, utileria organizada, Tomas de signos vitales (informar alteraciones), Servir de apoyo en atención en el proceso de atención al paciente mediante la observación y cuidadp e informar al equipo terapéutico las ateraciones encontradas y así asegurar su pronta repueración, Educar al paciente de acuerdo a sus alteraciones mentales encontradas, Establecer límites, Brindar apoyo terapéutico, Promover actividesdes recreativas, culturales para mejorar el estado mental, Fomentar la interacción social.	SI	Realice estas actividades en los servicios de PSIQUIATRIA, durante el mes de SEPTIEMBRE
4	ASISTENCIA Y APOYO AL EQUIPO TERAPEUTICO, PSIQUIATRA, PSICOLOGA, NUTRICION, LABORATORIOS, TERAPIA OCUPACIONAL, MEDICOS, ENFERMERAS Y TRABAJO SOCIAL: Asistir con el pacientes en estudios complementarios con RX, ecogradias, TAC, interconsultas y estudias especiales, Asistir la dieta del paciente elaborada por la Nutricionista, Velar por un ambiente cómodo y sano, libre de riesgos, para evitar riesgos de autoagresión y heteroagresión, Vigilancia estricta de la conducta del paciente, En los horarios de visita se debe requisar pertenencias y alimentos en busca de riesgos potenciales, Elaborar la historia clínica, Signos vitales, Asistir a las charlas programadas y reuniones informativas, Pedir útiles de higiene personal a familiares, Asistir a las urgencias en compañia de la enfermera jefe, médicos, tomar signos vitales, realizar inspección física del paciente para observar cual es la condición del paciente. Inmediatamente implementar normas de autocuidado aseo según el protocolo, Egreso del paciente, entrega de pertenencias, Cerrar la historia clínica, Verificar, formulas, cita, educar al paciente en la toma de medicamentos, Llevar el control diario de los pacientes que asisten a terapia ocupacional.	SI	Realice estas actividades en los servicios de PSIQUIATRIA, durante el mes de SEPTIEMBRE
5	ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO: Durante el proceso de administración de tratamiento la auxiliar acompaña a la enfermera jefe en el suministro de agua, verificar la toma de medicamentos.	SI	Realice estas actividades en los servicios de PSIQUIATRIA, durante el mes de SEPTIEMBRE
6	PARTICIPAR EN PROCESOS DE BIOSEGURIDAD: Los sábados se ha implementado realizar asepsia y desinfección de las unidades de los pacientes (camas, colchones, cuarto de medicamentos, equipos, nevera, cuarto de utileria y superficies, etc), Los fines de semana salir al gimnasio con los pacientes estable en su cuadro mental con el fin de (proporcionar alternativas recreativa y mejorar su condición física y salud mental)	SI	Realice estas actividades en los servicios de PSIQUIATRIA, durante el mes de SEPTIEMBRE

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 filas adicionales.

FIRMA DEL CONTRATISTA.	C.C.	1,216,971,879	Vo. Bo. ALEX MELO Supervisor UFPYR

ach SOI Pagos de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1216971879
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 8 B # 21 D - 11	TELÉFONO:	3111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			7848314996	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto AÑO	2022
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2022/09/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1645802620

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 160.000
SUBTOTALES:										$ 160.000	$ 0	$ 160.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:													$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 24.400	$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 24.400
SUBTOTALES:									$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 24.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO		REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 1216971879	ROJAS DE LA CRUZ JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.000.000				NO

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN									
ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 1,000,000	$ 160,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160,000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD					
ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	30	$ 1,000,000	$ 125,000	$ 0	$ 125,000

SEGURIDAD SOCIAL – ARP				
ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1,000,000	121697187	$ 24,400

PARAFISCALES							
DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 309.400

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada