



ESE HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO

Código
GFI-FT-
001

Versión
1

FORMATO CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DE
CUMPLIMIENTO A CONTRATISTAS DE PS

Fecha de vigencia
14/09/2018

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26/08/2022

Nombres y Apellidos :

Hector Manuel Aragon Mejia

C.C. o NIT:

15206143

Correo electrónico :

haragon83@hotmail.com

Teléfono de contacto: 3003073051

Dirección domicilio:

Kr 1a 13-25

Ciudad:

Maicao

Régimen del IVA:

Simplificado
Común

NO

¿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.:

Ahorros

Nº Cuenta:

0955667803

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:

1030-22

Nº RP:

02178

Nº CDP:

070124

Plazo - Duración: 6 MESES

¿Adición o prórroga?

NO

Tiempo prorrogado:

NO

Valor Adicionado: NO

Fecha de Inicio Contrato

01/07/2022

Fecha de Terminación Contrato:

31/12/2022

Valor del Contrato:
\$ 23.160.000

Nº CDP (Adición):

NO

Nº RP: (Adición)

NO

Objeto del Contrato

Prestación de servicios de apoyo en las acciones de
perfeccionamiento, control y monitoreo a los contratos de ventas de
servicios de salud.

¿Suspendido?

NO

Fecha de reinicio

NO

Nueva Fecha de terminación: NO

Valor Total del Contrato (adición)

NO

Periodo objeto
de Cobro

Del

01/08/2022

Hasta 31/08/2022

Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?

\$ 3,860,000

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

Mes de pagado de seguridad social:

Julio

IBC: \$1,544,000

Aporte obligatorio a seguridad social salud

\$

193,000

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión: \$247.100

Nivel / aporte de riesgo ARL

\$

37,700

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional: NO

Total Pago Seguridad Social: \$477,800

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.

Firma del Contratista

HECTOR MANUEL ARAGON MEJIA

EL CONTRATISTA

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.

MABIS MERCADO RUA

JEFE DE CALIDAD

2202.09V ~ 7

INFORME DE GESTION

Introducción

El motivo del presente informe es dar cuenta de la gestión realizada en la prestación de servicios de apoyo en las acciones de perfeccionamiento, control y monitoreo a los contratos de ventas de servicios de salud y ejecución del contrato N°0569 - 21 en el periodo correspondiente al mes de Agosto de 2021 de la ESE Hospital San José de Maicao en Intervención.

Actividades

- ✓ Se apoyó en la actualización del portafolio de servicios del Hospital San José de Maicao, según lo establecido en la resolución cups 3495 de 2019 o las que la modifiquen o sustituyan, para los procesos de contratación que se adelantarán ante las diferentes EAPB.
- ✓ Se enviaron las propuestas de servicios institucionales a las diferentes EAPB para adelantar los procesos de contratación de ventas de servicios de salud.
- ✓ Se realizó el seguimiento a las etapas precontractuales y el perfeccionamiento de los contratos con las diferentes EAPB.
- ✓ Se realiza la configuración y/o parametrización de los servicios, por paciente, por empresa, por paquete o actividad, capitados o por evento, por topes, de acuerdo a lo establecido en las minutas contractuales.
- ✓ Se efectúa el seguimiento y control a las bases de datos de los usuarios contratados con las EAPB para la prestación de servicios en las instalaciones de la ESE Hospital San José de Maicao.
- ✓ Se les informó a las diferentes áreas de la ESE Hospital San José de Maicao, sobre los procesos contractuales adelantados con las diferentes EAPB para la venta de servicios de salud.
- ✓ Se realiza el control y seguimiento de los contratos para la prestación de servicios de salud.
- ✓ Se apoya a la ESE Hospital San José de Maicao en el proceso de liquidación de los contratos pendientes por liquidar o ya ejecutados con las diferentes EAPB.

- ✓ Se apoya en la realización y actualización de las resoluciones de tarifas de los servicios de transporte asistencial, hemoderivados, materiales de osteosíntesis, estudios especializados, entre otros.
- ✓ Se apoyó en la gestión documental de los contratos de ventas de servicios de salud.

Atentamente;



Héctor Manuel Aragón Mejía
CC. 15.206.143 de Maicao

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Secursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e	
CC 15206143		AAGON MEJIA HECTOR MANUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 1A 13-20	MAICAO LA GUAFRA	7250380	ICBF	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite				
2021-07	2021-07	1129514032	9422601944	1	2021/09/11	2021/09/14	BANCOLOMBIA	34	\$454,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARATISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
1	CC 15206143	AAGON MEJIA HECTOR MANUEL	25-14	30	\$1,470,000	\$235,200	EP9037	30	\$1,470,000	\$183,800	0		\$0	\$0	14-25	30	\$1,470,000	\$35,900	0		\$0		
Total Afiliados(1)					\$1,470,000	\$235,200			\$1,470,000	\$183,800			\$0	\$0			\$1,470,000	\$35,900			\$0		

RESUMEN DE PAGO																			
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E	VALOR A PAGAR										
								INCAPACIDADES											
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$235,200	\$0	\$0	\$235,200										
COMPENSACIONES:																			
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$235,200	\$0	\$0	\$235,200										
COMENA					1	\$35,900	\$0	\$0	\$35,900										
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$35,900	\$0	\$0	\$35,900										
NUBEVA E.F.S.					1	\$183,800	\$0	\$0	\$183,800										
TOTAL					1	\$454,900	\$0	\$0	\$454,900										