E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Código FINC3F	Versión 3
	FORMATO CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO A CONTRATISTAS DE PS	Fecha de última revisión 24/02/2023	

DATOS DEL CONTRATISTA						
					FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/02/2023	
Nombres y apellidos :	SINDY PATRICIA MARTINEZ MERCADO				CC	1082065410
Correo electrónico :	martinezmercadosindy@gmail.com				Teléfono de contacto: 3146128097	
Dirección domicilio:	carera 23 b # 29 f 60 barrio la universidad				Ciudad:	Santa Marta
Régimen del IVA:	Simplificado [X] Común [ ]		¿Declarante de renta?		NO	¿Está obligado a facturar? NO
¿Personas a cargo?	1	¿Aporte Voluntario a Fondo de Pensiones?			NO	
¿Ahorro Voluntario a cuentas AFC?		NO		¿Pago de Intereses crédito de Vivienda? NO		
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA		Tipo de cta.:	AHORRO	N° Cuenta:	117370084370

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° del contrato:	CD20230054	N° RP:	476	N° CDP:	001	Plazo - Duración: 47 DIAS
¿Adición o prorroga?	NO	Tiempo prorrogado		N/A		Valor Adicionado: N/A
Fecha de Inicio Contrato	12/01/2023	Fecha de Terminación Contrato		28/02/2023		Valor del Contrato: $3,400,000
N° CDP (Adición):	N/A	Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AREA DEL CALL CENTER DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			
N° 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	FEBRERO, 2023		
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?				$1,700,000		

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Mes de pagado de seguridad social			ENERO	IBC $1,160,000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 145,000	Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$185,600
Nivel / aporte de riesgo ARL	3	$ 28,300	Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional: $0	
			Total Pago Seguridad Social $358,900	

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 verídica; **3.** He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.	Firma del Contratista Sindy Martinez SINDY PATRICIA MARTINEZ MERCADO CC. 1.082.065.410

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 período de cobro.	Firma del Supervisor CINDY SALLANY MATTOS FIGUERA CC. 55.220.303
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.	
3.- Que se realizó la verificación en el SECOP de la documentación y se aprueba para pago	

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**INFORME DE ACTIVIDADES**	Código: FINC2F Fecha de Aprobación: 01/02/2019 Version: '01

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. **CD20230054** DE FECHA 12/1/2023

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

SINDY PATRICIA MARTINEZ MERCADO CON C.C Nº **1.082.065.410**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME:	**SEGUNDO PAGO - FEBRERO 2023**
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**UNIDAD FUNCIONAL DE SISTEMAS DE INFORMACION Y TIC**
NOMBRE DEL SUPERVISOR	**CINDY MATTOS FIGUERA**

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	Agendar citas médicas de acuerdo con los parámetros establecidos por la Coordinadora de Consulta Externa y Coordinacion de Psiquiatria realizando verificaciones permanentes de las agendas asignadas, evitando citas erróneas y sobrecupo en la agenda.	SI	Durante el mes de Febrero asigne 872 citas y solicite a la coordinacion extra cupos para garantizar la atencion oportuna de los ptes de posoperatorio.
2	Orientar a los pacientes que acuden de manera ambulatoria a la consulta externa de la ESE, verificando que el paciente tiene cita programada, indicar al paciente la toma de turno según hora citado, y explicar coo es el proceso de atencion. En caso que paciente pierda su cita por llegada tardia a la misma, deberá reprogramar inmediatamente el servicio que habia solicitado.	SI	Se oriento debidamente a los usuarios el proceso de activacion de cita al momento de llegar a la misma. Y se hizo la debida repromación de pacientes con perdida de citas o alguna otra eventualidad.
3	Realizar la verificación del paciente en las bases de datos que se tienen a disposición, con el objeto de comprobar su tipo de afiliación.	SI	verifique en el ADRESS el estado de afilicion del usuario el cual solicita atencion por los diferentes servicios que presta el call center
4	Realizar las llamadas necesarias para la confirmación y reprogramación de las agendas médicas.	NO	En el mes de Febrero si realice confirmacion y reprogramacion de agendas
5	Brindar la información a los usuarios acerca de los procesos asistenciales de la ESE.	SI	Se brindo informacion necesaria solicitada por los usuarios que se comunican por los diferentes canales habilitados por el servicio del call center
6	Garantizar su presencia en los turnos asignados para la consecución de las metas propuestas.	SI	Durante el mes de febrero realice mis actividades de la siguientes manera: del 30 de enero al 3 de febrero ventanilla, del 06 de ferero al 11 de febrero estube en dyalogo, del 13 de febrero al 18 estuve en dyalogo., del 20 de febrero al 25 estube en ventanilla codigo 2.
7	Garantizar la adecuada utilización de la herramienta sistemática (software) entregada por el HUJMB.	SI	Realice la adecuda utilizacion de Sofware Tropa (citisalud)
8	Garantizar que la asignacion de citas medicas se realice de forma optimizada, es decir, se deberán agendar la cita a la agenda disponible mas cercana. Teniendo en cuenta los dias necesarios para mantener la oportunidad de las especialidades basicas.	SI	Se realizó la correcta asignacion de citas en la fecha disponible mas cercana, teniendo en cuenta la oportunidad de las especialidades.
9	Garantizar la continuidad del esquema diseñado por la ESE para la asignación de citas médicas especializadas de carácter prioritarias, contando con personal entrenado en el tema.	SI	Informe a la coordinacion de las anomalias presentadas por el sottware
10	Guardar plena reserva y garantizar que la información y los medios tecnológicos suministrados por la ESE no serán utilizados con otros fines que no sean el bienestar del HUJMB.	SI	Guarde absoluta reserva de la informacion suministrada por el HUJMB
11	Utilizar correctamente las áreas e infraestructura que se les haga entrega al momento de iniciar la prestación del servicio y hasta la finalización del contrato.	SI	Garantice el correcto uso de la infraestructura y equipos entregados para la prestacion del servicio
12	Garantizar la gestión de manera eficiente de sus actividades, evitando el uso de cualquier aparato electrónico (celular, tablets, etc.) que no sea para uso institucional.	PARCIAL	garantice parcialmente el uso de los aparatos electronicos que no son de uso institucional
13	Gestionar las atenciones de pacientes en las plataformas que coloquen a disposicion las diferentes EPS, para el cargue de las ordenes médicas y medicamentos que se generan de la consulta externa, al igual que la activación de los códigos que los pacientes remitidos ambulatorios.	SI	Garantice el correcto uso de la plataforma de las diferentes EPS que se encuentran a nuestra disposicion,para validacion o confirmacion de activacion de autorizacion de prestacion del servicio a los diferentes usuarios que se comunican con el
14	Revisar, depurar y asignar pacientes que se encuentren en la lista de espera cuando las agendas estén disponibles.	NO	En el mes de Febrero si depure la lista de espera
15	Realizar el registro de las encuestas necesarias para la prestación del servicio y demás instrumentos de recolección de información que se dispongan.	NO	En el mes de Febrero no se realizaron encuestas de ninguna indole.
16	El servicio de Call center presta un horario de atención al público (interno-externo) lunes a viernes de 6:30 a.m a 6:00 p.m y sábados de 8:00 a.m a 12:00 m, el cual será distribuido en diferentes turnos de acuerdo a las necesidades del servicio y sujeto a cambios por parte del supervisor.	SI	Se cumplió con el horario asignado por la Coordinación del Call Center, para todas las necesidades presentadas durante todo el mes de Febrero.

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.

Sindy Martinez

FIRMA DEL CONTRATISTA. C.C. 1.082.065.410 | **Vo. Bo. Coordinación**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1082065410
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			SINDY PATRICIA MARTÍNEZ MERCADO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	SANTA MARTA	TELÉFONO:	2000000
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:			4482279857	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/02/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9993154031

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	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 0**	**$ 185.600**

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
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 145.000**

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	$ 28.300	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 28.300
SUBTOTALES:									**$ 28.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 28.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																													PENSIÓN							SALUD							ARP													
N°	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COL	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 1082065410	MARTINEZ MERCADO SINDY PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.160.000			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	108206541	$ 28.300	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 358.900

Planilla Pagada