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 :	**AYARID MERLENE CUBILLOS MENDOZA**						cc	**57465140**
Correo electrónico :	AYARID30@GMAIL.COM						Teléfono de contacto: 3164600624	
Dirección domicilio:	**CALLE 116 # 10A15 LA PAZ**						Ciudad:	**Santa Marta**
Régimen del IVA:	**Simplificado** X **Común** ☐		¿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:	**BANCO DAVIVIENDA**		Tipo de cta.:	**AHORROS**	Nº Cuenta:	**488418848112**		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO								
Nº del contrato:	CD20230410	Nº RP:	**797**	N° CDP:	**023**	Plazo - Duración: **2 MESES**		
¿Adición o prorroga?	**N/A**	Tiempo prorrogado		**N/A**		Valor Adicionado: **N/A**		
Fecha de Inicio Contrato	**20/01/2023**	Fecha de Terminación Contrato		**28/02/2023**		Valor del Contrato: **3.800.000**		
N° CDP **(Adición)**:	**N/A**	Objeto del Contrato	**PRESTAR LOS SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE ADMISIONES Y URGENCIAS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.**					
Nº 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	**MES DE FEBRERO DEL 2023**					
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?			**$ 1.900.000**					
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR								
Mes de pagado de seguridad social			**ENERO DEL 2023**		**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: NO**					
			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 Ayarid Cubillos M AYARID MERLENE CUBILLOS MENDOZA CC. 57.465.140	
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO								
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, **CERTIFICO:**							Firma del Supervisor Motavita Garcia Apoyo Científico HMB	
1.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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.							MARIA VIANNEY MOTAVITA GARCIA	
3.- Que se realizó la verificación en el SECOP de la documentación y se aprueba para pago							CC. 51.752.076	

MARIA ALEJANDRA COTES
V°B° COORD. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA No. **CD20230410** DE FECHA 20/01/2023

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

AYARID CUBILLOS MENDOZA CON C.C Nº **57.465.140**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME:	**SEGUNDO PAGO - FEBRERO DE 2023**
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**SUBGERENCIA CIENTIFICA**
NOMBRE DEL SUPERVISOR	**MARIA VIANNEY MOTAVITA GARCIA**

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	· Recibir la remisiones correspondientes de cada paciente reportado por las Eps vía telefónica, fax correo u otros	SI	Recepción de remisiones a las diferentes entidades sudsidiadas y contributivas
2	gestionar la solicitud de las remisiones para los pacientes que ameritan el ingreso a los diferentes servicios requeridos	SI	revisar , verificar que tengan todos sus documentos necesario adjuntos.
3	· Verificar a que régimen de salud se encuentran afiliado el usuario en fosyga (adres)	SI	Atender y aclarar todas las inquietudes que tengan los usuarios
4	informar y pedir autorizacion a las entidades de salud correspondiente sobre los pacientes aceptados y enviar los anexos correspondientes	SI	Digitar, imprimir y anexar a todas y cada una de las respuestas obtenidas por la entidad responsable de pago
5	· Presentar la remisión en cada uno de los servicios al médico de turno para que sea este según su criterio determine si el paciente debe ser aceptado o rechazado colocando la justificación. En las diferentes especialidades,	SI	radicar en el libro las cuentas y remitirlas al area de financiera para su respectiva legalizacion
6	· Realizar el reporte y registro de cada una de las remisiones reportadas por la Eps	SI	ordenar y archivar la copia de todas las remisiones presentadas a los diferentes servicios con su respectiva respuesta
7	· Llamar e informar a las Eps, si el paciente fue aceptado o no para su traslado a la institución	SI	informar a cada uno de los servicios si el paciente sera enviado a la institucion
8	· A la llegada del paciente realizar la hoja de admisión llenando cada uno de los datos solicitados por el sistema y direccionarlo a piso correspondiente	SI	ingresar al sistema los datos del acompañante, y entregar la hoja de admision para su estancia hospitalaria
9	· Reportar a la Eps La llegada del paciente enviando el anexo correspondiente para la solicitud de la autorización	SI	informar el ingreso del usuario a la eps corespondiente
10	.Realizar el censo de paciente y disponibilidad de camas para los informes correspondientes	SI	exportar archico del galenux para realizar el censo diario de pacientes y verificar en todos los servicios los paciente que se encuentran hospitalizados para generar la disponibilidad de camas correspondientes

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.

Ayarid Cubillos M

FIRMA DEL CONTRATISTA. C.C. 57.465.140

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57465140
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			AYARID MERLENE CUBILLOS MENDOZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 116 N° 10A - 15 LA PAZ	TELÉFONO:	4378759
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:			7868119359	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):			2023/02/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1907749213

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						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	ESTUDIANTE	TRABAJA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 57465140	CUBILLOS MENDOZA AYARID MERLENE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN 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	$ 57465140	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 358.900**

Planilla Pagada