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 ultima revisión 24/02/2023	

DATOS DEL CONTRATISTA						
					FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/03/2023	
Nombres y apellidos :	YEIRE RUTH PALACIO CASTAÑEDA				CC	1082905410
Correo electrónico :	yeirepalacio@gmail.com				Teléfono de contacto: 3015687440	
Dirección domicilio:	MZA G CSA 7 ASOCOM				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:	DAVIVIENDA	Tipo de cta.:	AHORRO	Nº Cuenta:	0550116500144401	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº del contrato:	CD20231924	Nº RP:	2100	N° CDP:	441	Plazo - Duración: 3 MESES
¿Adición o prorroga?	N/A	Tiempo prorrogado		N/A		Valor Adicionado: N/A
Fecha de Inicio Contrato	07 DE MARZO DEL 2023	Fecha de Terminación Contrato		31 DE MAYO 2023		Valor del Contrato:$5,700,000
N° CDP (Adición):	N/A	Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO EN SALUD EN EL AREA DE REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA, AUTORIZACIONES Y ADMISIONES 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	MARZO 2023			
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?	$ 1.900.000					

LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACION DEL NETO A PAGAR				
Mes de pagado de seguridad social		FEBRERO	IBC	$ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185,000	
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.

YEIRE PALACIO C
CC. 1082905410

YEIRE RUTH PALACIO CASTAÑEDA
10829054109 De Santa Marta

CERTIFICACION 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.

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.

Firma del Supervisor

VIANNEY MOTAVITA GARCIA
SUBGERENTE CIENTIFICO

3.- Que se realizo la verificacion en el SECOP de la documentacion yse aprueba para pago

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

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche

INFORME DE ACTIVIDADES

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CÓDIGO: FINC2F
FECHA APROBACIÓN: 2019.feb.01
VERSIÓN 01 (Modificada 2021.nov.28)

CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.: **CD20231924** SUSCRITO EL 07/03/2023 FECHA ENTREGA: **31/03/2023**

CELEBRADO ENTRE LA ESE HUJMB Y **YEIRE RUTH PALACIO CASTAÑEDA** CON C.C Nº: **1082905410 DE Santa Marta**

(NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA) (NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD Y LUGAR DE EXPEDICIÓN)

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME: **CUOTA PAGO DE 2023 MARZO** U. FUNCIONAL EJECUCIÓN ACTIVIDADES: **PROCESO DE VENTA DE SERVICIOS**

CARGO EN EL AREA **ADMISIONES URGENCIAS** NOMBRE DEL SUPERVISOR: **VIANNEY MOTAVITA GARCIA**

	II. OBLIGACIONES GENERALES	CUMPLIÓ (SI, NO, PARCIAL)	ACTIVIDADES REALIZADAS PARA CUMPLIR LA OBLIGACIÓN
1	Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el gerente y/o supervisor de la orden.	SI	ADMISIONISTA EN EL AREA DE URGENCIAS TURNOS DE 12 HORAS, HORARIO SECUENCIA UN CORRIDO, UNA NOCHE DESCANSO LIBRE EN EL MES,INGRESAR LOS DATOS DE LOS PACIENTES QUE LLEGAN AL AREA DE URGENCIAS EN EL SISTEMA CON PREVIA VERIFICACION DE DERECHOS,SOLICITANDO AUTORIZACION EN LOS PORTALES, CORREOS, RECIBIENDO PACIENTES REMITIDOS
2	Realizar todas y cada una de las actividades relacionadas en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad.	SI	CUANTAS ADMISIONES, Y QUE OTRAS ACTIVIDADES, REALIZAN LAS ADMISIONES INGRESADAS EN EL MES DE MARZO FUERON 637, EN CITISALUD, SOLICITAR A LAS DIFERENTES EPS LA AUTORIZACIONES INICIALES DE URGENCIAS, POR EL PORTAL DE CADA EPS O POR TELEFONO CUANDO ES NEESARIO, DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ADMISIONADOS Y ESTANCIAS HOSPITALARIAS CUNDO LLEGAN REMITIDOS DE LAS DIFERENTES CLINICAS O HOSPITALES DEL DEPARTAMENTO O DE OTRA CIUDAD, SE LE REALIZAN LAS MANILLAS A CADA UNO DE LOS PACIENTES INGRESADOS, SE IMPRIMEN LOS PAQUETES COMPLETOS Y SE HACE ENTREGA A QUIEN CORRESPONTE PARA UBICAR AL PACIENTE EN LA CAMA QUE LE CORRESPONDE, REPONDER EL TELEFONO PARA RESPONDER LAS SOLICITUDES DE LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS.
3	Garantizar que en la prestación del servicio cumpla estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por el hospital.	SI	En la ejecuciòn de mis actividades, cumplí con las normas de calidad establecidas por el Hospital.
4	Aportar al hospital la hoja de vida con sus respectivos soportes, los documentos de identificación y los demás que sean solicitados.	SI	Aporté todos los documentos necesarios para soportar mi hoja de vida de acuerdo a lo requerido por el Hujmb.
5	Portar y usar sus EPI (Elementos de Protección Individual), para realizar el servicio contratado en caso de requerirlo y atender las recomendaciones en materia de salud ocupacional y seguridad industrial que efectúe la ESE.	SI	Utilicé de forma adecuada los elementos de protección personal y atendí las recomendaciones en materia de salud ocupacional y seguridad industrial, impartidas por el Hujmb.
6	Estar Afiliado al Sistema General de Seguridad Social (S.G.S.S), (Salud , Pensión y ARL) respectivamente.	SI	Adjunto la Planilla No.9447169074 , la cual fue cancelada el dia 29 DE MARZO de 2023.
8	Responder por todos y cada uno de lo insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que se le sean puestos a su disposición para la prestación de los servicios realizados, por lo que los mismos, quedaran a cargo del coordinador, administrador o contratista y este responderá con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de perdida o extravío injustificado.	SI	Hice buen uso de los insumos y equipos de oficina, dispuestos por el Hujmb para el cumplimiento de mis actividades.
9	El valor facturado dependerá de los servicios prestados por parte del contratista y verificados por parte del supervisor del contrato.	NO	El valor facturado por concepto de los servicios mensuales prestados corresponde a $1.900.000.
10	Asistir de manera obligatoria a todas las capacitaciones y jornadas académicas que programe el Hospital en Pro del mejoramiento continuo de los procesos y el sistema a obligatorio de la garantía de la calidad.	SI	Asistí a las siguientes capacitaciones: 1. Durante el mes de MARZO no fuí convocado a capacitaciones.
11	El contratista manifiesta que conoce los estándares de acreditación en salud, aplicables al área en el cual prestara sus servicios tales como seguridad en el paciente, humanización, gestión del riesgo, gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad, entre otros, los cuales se compromete al cumplimiento de los mismos.	SI	Manifiesto que conozco el proceso de admisión y lo realizo conforme a los parametros establecidos por el Hujmb. Es un ejemplo para quein cumple el rol de admisionista. AQUÍ SE DESCRIBE DE ACUERDO AL ROL DESEMPEÑADO POR EL CONTRATISTA.
12	Las demás que determine el gerente, supervisor y que se deriven de las necesidades del Hospital	SI	Si estoy dispuesto a realizar otras actividades que me asigne mi supervisor
*.	ANEXO DE SOPORTES DOCUMENTALES (Si requiere entregar soportes documentales para demostrar el cumplimiento de obligaciones, describirlos aquí, de manera cuantificada y ordenada).	No anexo soportes documentales.	

YEIRE PALACIO C
CC 1082905410

FIRMA DEL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL CONTRATISTA

CC 1.082.905.410

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082905410		PALACIO CASTAÑEDA YEIRE RUTH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 7A No 11-12	SANTA MARTA-MAGDALENA	3015687440	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1994895015	9447169074	I	2023/03/03	2023/03/29	NEQUI	26	$370,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$5,900	$0	$191,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$5,900	$0	$191,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$900	$0	$29,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$28,300	$900	$0	$29,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$4,600	$0	$149,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$145,000	$4,600	$0	$149,600
TOTAL				1	$358,900	$11,400	$0	$370,300

2023/03/29 02:13 PM

Powered by CamScanner