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: 28/04/2023**
Nombres y apellidos :	**LIA MARCELA ARIAS ESLAIT**					Identificacion	**1083025426**
Correo electrónico :	liamarce0610@hotmail.com					Teléfono de contacto: 3103554498	
Dirección domicilio:	**CALLE 29 N° 31 - 35 EDIF MIRADOR DE SAN PEDRO**					Ciudad:	**Santa Marta**
Régimen del IVA:	**Simplificado**		x	¿Declarante de renta?		**NO**	¿Está obligado a facturar? No
	Común						
¿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.:	**AHORRO**	Nº Cuenta:	**0550488412550490**

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº del contrato:	**CD20231578**	Nº RP:	**1578**	N° CDP:	**291**	Plazo - Duración: 3 MESES
¿Adición o prorroga?	**NO**	Tiempo prorrogado		**N/A**		Valor Adicionado:
Fecha de Inicio Contrato	**1/03/2023**	Fecha de Terminación Contrato		**31/05/2023**		Valor del Contrato: $15.000.000
N° CDP **(Adición)**:	**N/A**	Objeto del Contrato	**PRESTAR SUS SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**			
Nº RP: **(Adición)**	**N/A**					
¿Suspendido?	**N/A**	Fecha de reinicio		**N/A**	Nueva Fecha de terminación N/A	
Valor Total del Contrato (adición)	**N/A**		Periodo objeto de Cobro	**MES DE ABRIL DE 2023**		
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?				**$ 5.000.000**		

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
Mes de pagado de seguridad social			**MARZO**	**IBC**	**$ 2.000.000**
Aporte obligatorio a seguridad social salud		**$ 250.000**	Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	**$**	**320.000**
Nivel / aporte de riesgo ARL	**3**	**$ 48.800**	**Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional**	**$**	**-**
			Total Pago Seguridad Social	**$**	**618.800**

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.	**LIA MARCELA ARIAS ESLAIT** **C.C. 1083025426**

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.	
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.	Vianney Motavita García Subgerente Científico E.S.E. H.U.J.M.B **VIANNEY MOTAVITA GARCIA**
3.- Que se realizó la verificación en el SECOP de la documentación y se aprueba para pago	**SUBGERENCIA CIENTIFICA**

5729727

V°B° ANGELA RAMOS CORRALES
PROF. ESP. PROGRAMAS ESTRATEGICOS

Santa Marta, 28 de Abril de 2023

Dra. VIANNEY MOTAVITA GARCIA
Subgerente Científico

Cordial Saludo.

Por medio de la presente le presento el informe de las actividades realizadas durante el periodo MES DE ABRIL 2023 y fueron las siguientes:

1. Realice ronda médica diaria.
2. Deje registro en la historia clínica los pacientes todas las acciones necesarias para el cuidado de los pacientes, en aras de dejar constancia legal y Científica.
3. Realice actividades donde se involucraron a los estudiantes y personal del servicio para el desarrollo formativo de los implicados.
4. Realice el diligenciamiento de los formatos Mipres en las plataformas establecidas por el ministerio de salud para los medicamentos NO POS.
5. Realice todas las acciones médicas pertinentes para el mejoramiento de los pacientes.
6. Cumplí con los turnos asignados y el número total de horas contratadas, si se requiere algún cambio de turno este es solicitado por escrito con su respectiva justificación al supervisor del contrato el Subgerente Científico.
7. Realice ronda técnico- científica y técnico - administrativa en los servicio el día y la hora estipulada por la Subgerencia Científica.
8. Realizo ronda médica diaria la cual consiste en valoración, seguimiento, evolución ordenes médicas y ayudas diagnósticas, RIPS y epicrisis de los pacientes hospitalizados.
9. Realice el diligenciamiento de Rips, formatos y demás instrumentos de control de seguimiento suministrados son por intermedio del sistema de esta E.S.E.
10. Realice todas las acciones pertinentes en aras de que la institución no vea afectado sus ingresos por acciones u omisiones con respecto a glosas realizadas por las diferentes eps y aliados estratégicos de la misma.

LIA MARCELA ARIAS ESLAIT
C.C. 1.083.025.426

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083025426		ARIAS ESLAIT LIA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 29 # 31-35	SANTA MARTA-MAGDALENA	4353441	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	1961478935	9447287975	I	2023/03/07	2023/03/09	BANCO DAVIVIENDA	2	$620,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000		$48,800		$0	$0		$618,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$2,000,000**	**$320,000**			**$2,000,000**	**$250,000**			**$0**	**$0**			**$2,000,000**		**$48,800**		**$0**	**$0**		**$618,800**
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																						**$2,000,000**	**$320,000**			**$2,000,000**	**$250,000**			**$0**	**$0**			**$2,000,000**		**$48,800**		**$0**	**$0**		**$618,800**
1	CC	1083025426	ARIAS LIA																	23100 1	30	$2,000,000	$320,000	EPS002	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	2.436%	$48,800	0	$0	$0	No	$618,800
Total	**Afiliados(1)**																					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000		$48,800		$0	$0		$618,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083025426		ARIAS ESLAIT LIA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 29 # 31-35	SANTA MARTA-MAGDALENA	4353441	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	1961478935	9447287975	I	2023/03/07	2023/03/09	BANCO DAVIVIENDA	2	$620,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$800	$0	$320,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$320,000	$800	$0	$320,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$200	$0	$49,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$200	$0	$49,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$700	$0	$250,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$250,000	$700	$0	$250,700
TOTAL				1	$618,800	$1,700	$0	$620,500