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 :	MARIA ALEJANDRA GOMEZ BERNAL				Identificacion	1083040229	
Correo electrónico :	mariaalejagomez18@gmail.com				Teléfono de contacto: 3023172782		
Dirección domicilio:	CALLE 71 # 4A-02 APTO 1 QUININA 1				Ciudad:	Santa Marta	
Régimen del IVA:	Simplificado x / Común		¿Declarante de renta?		NO	¿Está obligado a facturar? No	
¿Personas a cargo?	NO	¿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 AV VILLAS		Tipo de cta.:	AHORRO	Nº Cuenta:	855715913	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO							
Nº del contrato:	CD20231923	Nº RP:	2099	N° CDP:	441	Plazo - Duración: 3 MESES	
¿Adición o prorroga?	NO	Tiempo prorrogado		N/A		Valor Adicionado:	
Fecha de Inicio Contrato	07/03/2023	Fecha de Terminación Contrato		31/05/2023		Valor del Contrato: $5.700.000	
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 ABRIL-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			MARZO	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		$ -
			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.	Maria Alejandra Gomez Firma del Contratista MARIA ALEJANDRA GOMEZ BERNAL C.C. 1.083.040.229

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, **CERTIFICO:**	Firma del Supervisor
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

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.: **CD20231923** SUSCRITO EL **07/03/2023** FECHA ENTREGA: **28 de ABRIL 2023**

CELEBRADO ENTRE LA ESE HUJMB Y **MARIA ALEJANDRA GOMEZ BERNAL** CON C.C Nº: **1.083.040.229 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 2023-04 (ABRIL)** U. FUNCIONAL EJECUCIÓN ACTIVIDADES: **PROCESO DE VENTA DE SERVICIOS**

CARGO EN EL AREA **ADMISIONES URGENCIAS** NOMBRE DEL SUPERVISOR: **MARIA 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 INGRESAR LOS DATOS DE LOS PACIENTES QUE LLEGAN AL AREA DE URGENCIAS EN EL SISTEMA CON PREVIA VERIFICACION DE DERECHOS
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 ABRIL FUERON EN TOPRA 759 SOLICITAR A LAS DIFERENTES EPS LA AUTORIZACIONES INICIALES DE URGENCIAS, POR EL PORTAL DE CADA EPS O POR TELEFONO CUANDO ES NECESARIO, DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ADMISIONADOS Y ESTANCIAS HOSPITALARIAS CUANDO LLEGAN REMITIDOS DE LAS DIFERENTES CLINICAS u 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,UBICAR EN EL SISTEMA LOS PACIENTES QUE SE TRASLADAN DE URGENCIAS PARA LOS DIFERENTES PISOS.
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 ejecución 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. 9448574564, la cual fue cancelada el dia 03 de ABRIL 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.	NO	Asistí a las siguientes capacitaciones: 1. Durante el mes de Abril 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 lo realizo conforme a los parametros establecidos por el Hujmb. Es un ejemplo para quien 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.	

María Alejandra Gómez

FIRMA DEL CONTRATISTA

MARIA ALEJANDRA GOMEZ BERNAL

CC 1.083.040.229

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 1083040229		GOMEZ BERNAL MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 71#4a-02 apto Barrio Quinina 1	SANTA MARTA-MAGDALENA	3023172782	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-03	2000303596	9448574564	1	2023/04/12	2023/04/03	NEQUI	0	$358,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
1	CC 1083040229	GOMEZ MARIA	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	$28,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

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 1083040229		GOMEZ BERNAL MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 71#4a-02 apto Barrio Quinina 1	SANTA MARTA-MAGDALENA	3023172782	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-03	2000303596	9448574564	I	2023/04/12	2023/04/03	NEQUI	0	$358,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$0	$0	$28,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$28,300	$0	$0	$28,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$358,900	$0	$0	$358,900

2023/03/31 06:36 PM