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: 26/07/2023	
Nombres y apellidos :	KENIS YANETH ARRIETA DUARTE					CC	57295585
Correo electrónico :	ken1282@hotmail.com					Teléfono de contacto: 3043618552	
Dirección domicilio:	Cra 1 A # 5-93 apto 16101 edf san carlos el rodadero					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?				¿Pago de Intereses crédito de Vivienda?			
Banco al cual consignar:	Banco Davivienda		Tipo de cta.:	Ahorro		Nº Cuenta:	117100080144
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO							
Nº del contrato:	CD20232858	Nº RP:	1605	N° CDP:	4303	Plazo - Duración:3 Meses	
¿Adición o prorroga?	NA	Tiempo prorrogado		NA			
Fecha de Inicio Contrato	15/07/2023	Fecha de Terminación Contrato		30/09/2023		Valor del Contrato:$ 5,700.000	
N° CDP (Adición):	NA	Objeto del Contrato	PRESTAR SEVICIOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS DEL GRUPO DE TRABAJO DE FATURACION EN LA ESE HUJMB				
Nº RP: (Adición)	NA						
¿Suspendido?		Fecha de reinicio			Nueva Fecha de terminación		
Valor Total del Contrato (adición)	NA		Periodo objeto de Cobro			JULIO	
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			JUNIO			IBC	$1,160,000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145,800						
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.	Firma del Contratista KENIS YANETH ARRIETA DUARTE CC. 57.295.585

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 periodo de cobro.	Firma del Supervisor MARGARITA CECILIA OROZCO SLAITH SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
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	CC: 22.786.825

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez Barreneche	INFORME DE ACTIVIDADES	Código: FINC2F Fecha de Aprobación: 01/02/2019 Versión: '01

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20232858 DE FECHA 26/07/2023
CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
KENIS YANETH ARRIETA DUARTE CON C.C Nº 57.295.585

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME: JULIO 2023 — PRIMER PAGO - JULIO 2023

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: — GRUPO FUNCIONAL: SUBGERENCIA ADMIISTRATIVA Y FINANCIERA

NOMBRE DEL SUPERVISOR — MARGARITA CECILIA OROZCO ESLAIT

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

No.	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 supervisor del contrato.	SI	CUMPLO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR
2	Armado de cuentas medicas de prestación de servicios de salud.	SI	NO APLICA
3	Radicación de cuentas ante los entes responsables de pago.	SI	NO APLICA
4	Revisión de cuentas pendientes por radicar.	SI	NO APLICA
5	Cargue, digitación y liquidación diaria de información de historias clínicas de los servicios de salud prestados en la ese en el sistema de información, para radicación de cuentas.	SI	NO APLICA
6	Solicitud de autorización de servicios al ente responsable de pago.	SI	DENTRO DE MIS ACTIVIDADES DIARIAS ESTAN EL SOLICITAR AUTORIZACIONES ANTE LAS DIFERENTES EPS DE LOS SERVICIOS DE UCI POLIVALENTE, UCINEONATAL CUMPLIENDO CON LA NORMA 3047. DURANTE EL MES DE JULIO SE GESTIONARON 96 EGRESOS , 72 TRASLADOS DE SERVICIO Y 86 SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS PARA UN TOTAL DE 254 AUTORIZACIONES.
7	Censo diario de pacientes hospitalizados en los diferentes servicios asistenciales de la E.S.E.	SI	REALIZO CENSO DIARIO EN LOS SERVICIOS DE UCI CORONARIA, UCI PEDIATRICA Y MEDICINA INTERNA 5TO PISO HACIENDO PROCESO DE CRACION ANTE LAS EPS QUE CORRESPONDA VERIFICANDO LA ESTANCIA INICIAL DE HOSPITALIZACION Y SU DOCUMENTACION .
8	Soporte de cuentas medicas a radicar ante los entes responsables de pago.	SI	NO APLICA
9	Validación de RIPS de las cuentas médicas que se presentan ante los entes responsables de pago.	SI	NO APLICA
10	Corte de valores radicados en virtud a los contratos celebrados entre la ESE y las EAPB, para la prestación de servicio de salud.	SI	NO APLICA
11	Recaudo concerniente a copagos y ventas a clientes particulares.	SI	NO APLICA

12	Recepción de facturas, consolidación de soportes y elaboración de informes concernientes a aliados y prestadores de servicios de salud.	SI	NO APLICA
13	Cargue de medicamentos, laboratorios, imagenologia y demás elementos de apoyo diagnostico ambulatorio y pacientes hospitalizados.	SI	NO APLICA
14	Recepción, control y digitalización de historias clínicas cargadas en el área de hospitalización.	SI	NO APLICA
15	Facturación de procedimientos ambulatorios.	SI	NO APLICA
16	Velar por el adecuado diligenciamiento de los diferentes formatos anexos a las facturas.	SI	SE DILIGENCIA ANEXOS 3 VERIFICANDO Y CONFIRMANDO QUE CUMPLAN CON EL ACUERDODE VOLUNTADES PARA SOLICITUD DE AUTORIZACIONES ANTE LAS EPS.
17	Realizar cierre de facturas y verificación de tarifas pactadas entre la entidad responsable de pago y la ese.	SI	NO APLICA
18	Cerrar todas las admisiones y liquidar todas las facturas que se generen en el mes, requisito indispensable para que el supervisor del contrato certifique la cuenta de cobro del respectivo mes.	SI	NO APLICA
19	Garantizar su presencia en los turnos asignados para la consecución de las metas propuestas.	SI	NO APLICA
20	Garantizar la adecuada utilización de la herramienta sistemática (software) entregada por el HUJMB.	SI	HAGO BUEN USO DE LAS HERRAMIENTAS ASIGNADAS POR EL HUJMB.
21	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	GUARDO ABSOLUTA RESERVA DE LA INFORMACION SUMINSITRADA POR EL HUJMB
22	Garantizar que durante el proceso de transición del actual sistema de asignación no se presente ninguna anomalía en la prestación del servicio.	SI	LA PRESTACION DEL SERVICIO DURANTE TRANSICION DEL ACTUAL SISTEMA SE HA VISTO AFECTADO DEBIDO A LAS FALLAS QUE ESTE PRESENTA.
23	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	UTILIZO DE MANERA ADECUADA EL AREA DONDE PRESTO MIS SERVICIOS DENTRO DE LA ESE HUJMB
24	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.	SI	DURANTE LA EJECUCION DE MIS ACTIVIDADES CUMPLO CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR EL HOSPITAL,UTILIZANDO EL CELULAR PARA USO INSTITUCIONAL ,COMUNICACIÓN CON JEFE DE SERVICIO Y AUDITORAS DE LAS DIFERENTES EPS

(NOMBRE DEL CONTRATISTA)
KENIS YANETH ARRIETA DUARTE

VBo COORDINADOR FACTURACION

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 57295585		ARRIETA DUARTE KENIS YANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 1a 5-93 rodadero	SANTA MARTA-MAGDALENA	4227102	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2023-06	2023-06	28829784	9453106322	I	2023/07/24	2023/07/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$358,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	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 57295585	ARRIETA KENIS	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	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

2023/07/05 03:22 PM

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 57295585		ARRIETA DUARTE KENIS YANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 1a 5-93 rodadero	SANTA MARTA-MAGDALENA	4227102	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	28829784	9453106322	I	2023/07/24	2023/07/05	BANCO DAVIVIENDA	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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				**1**	**$358,900**	**$0**	**$0**	**$358,900**