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: 25/09/2023
Nombres y apellidos :	ANDREA PAOLA LOPEZ LOPEZ					CC	1067814377
Correo electrónico :	andrealopez1976@hotmail.com					3024698438	
Dirección domicilio:	manzana 2 casa 20 URB: sierra Dentro					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?	NO			¿Pago de Intereses crédito de Vivienda? NO			
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA		Tipo de cta.:	AHORRO	Nº Cuenta:	91654084101	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº del contrato:	CD20232781	Nº RP:	4104	N° CDP:	1612	Plazo - Duración: 3 meses
¿Adición o prorroga?	NO	Tiempo prorrogado		N/A		Valor Adicionado: N/A
Fecha de Inicio Contrato	7/7/2023	Fecha de Terminación Contrato		30/09/2023		Valor del Contrato: $5.100.000
N° CDP (Adición):	N/A	Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AREA DEL CALL CENTER 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	SEPTIEMBRE,2023			
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?			$1,700,000			

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Mes de pagado de seguridad social		AGOSTO	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 $0	
			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 Andrea Paola L. ANDREA PAOLA LOPEZ LOPEZ CC. 1.067.814.377

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.	CINDY SALLANY MATTOS FIGUERA
3.- Que se realizó la verificación en el SECOP de la documentación y se aprueba para pago	C.C. 55.220.303

HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHEA	INFORME DE ACTIVIDADES	Código: FINC2F
		Fecha de Aprobación: 01/02/2019
		Versión: '01

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20232781 DE FECHA 7/7/2023

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

ANDREA PAOLA LOPEZ LOPEZ CON C.C Nº **1.067.814.377**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME:	**TERCER PAGO - SEPTIEMBRE 2023**
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**UNIDAD FUNCIONAL DE SISTEMAS DE INFORMACION Y TIC**
NOMBRE DEL SUPERVISOR	**CINDY MATTOS FIGUERA**

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	Agendar citas médicas de acuerdo con los parámetros establecidos por la Coordinadora de Consulta Externa y Coordinacion de Psiquiatria realizando verificaciones permanentes de las agendas asignadas, evitando citas erróneas y sobrecupo en la agenda.	SI	Asigné 546 citas durante el mes de Septiembre , solicite a la coordinacion extra cupos para garantizar la atencion oportuna de los pacites de posoperatorio.
2	Orientar a los pacientes que acuden de manera ambulatoria a la consulta externa de la ESE, verificando que el paciente tiene cita programada, indicar al paciente la toma de turno según hora citado, y explicar coo es el proceso de atencion. En caso que paciente pierda su cita por llegada tardia a la misma, deberá reprogramar inmediatamente el servicio que habia solicitado.	si	Se oriento debidamente a los usuarios el proceso de activacion de cita al momento de llegar a la misma. Y se hizo la debida repromación de pacientes con perdida de citas o alguna otra eventualidad.
3	Realizar la verificación del paciente en las bases de datos que se tienen a disposición, con el objeto de comprobar su tipo de afiliación.	SI	Verifique en el ADRESS el estado de afilicion del usuario el cual solicita atencion por los diferentes servicios que presta el call center
4	Realizar las llamadas necesarias para la confirmación y reprogramación de las agendas médicas.	SI	Realice cambio de agenda
5	Brindar la información a los usuarios acerca de los procesos asistenciales de la ESE.	SI	Se brindo informacion necesarla solicitada por los usuarios que se comunican por los diferentes canales habilitados por el servicio del call center
6	Garantizar su presencia en los turnos asignados para la consecución de las metas propuestas.	SI	Durante el mes de Septiembre realice mis activades en las siguientes aeras: Ventanilla consulta externa y Dyalogo
7	Garantizar la adecuada utilización de la herramienta sistemática (software) entregada por el HUJMB.	SI	Realice la adecuada utilizacion de software TOPRA (citisalud)
8	Garantizar que la asignacion de citas medicas se realice de forma optimizada, es decir, se deberán agendar la cita a la agenda disponible mas cercana. Teniendo en cuenta los dias necesarios para mantener la oportunidad de las especialidades basicas.	SI	Se realizó la correcta asignacion de citas en la fecha disponible mas cercana, teniendo en cuenta la oportunidad de las especialidades.
9	Garantizar la continuidad del esquema diseñado por la ESE para la asignación de citas médicas especializadas de carácter prioritarias, contando con personal entrenado en el tema.	SI	Informe a la coordinacion de las anomalias presentadas por el sottware
10	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	Guarde absoluta reserva de la informacion suministrada por el HUJMB
11	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	Garantice el correcto uso de la infraestructura y equipos entregados para la prestacion del servicio
12	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.	PARCIAL	garantice parcialmente el uso de los aparatos electronicos que no son de uso institucional
13	Gestionar las atenciones de pacientes en las plataformas que coloquen a disposicion las diferentes EPS, para el cargue de las ordenes médicas y medicamentos que se generan de la consulta externa, al igual que la activación de los códigos que los pacientes remitidos ambulatorios.	SI	Garantice el correcto uso de la plataforma de las diferentes EPS que se encuentran a nuestra disposicion,para validacion o confirmacion de activacion de autorizacion de prestacion del servicio a los diferentes usuarios que se comunican con el servicio del call center.
14	Revisar, depurar y asignar pacientes que se encuentren en la lista de espera cuando las agendas estén disponibles.	SI	En el mes de Septiembre depure lista de espera.
15	Realizar el registro de las encuestas necesarias para la prestación del servicio y demás instrumentos de recolección de información que se dispongan.	NO	En el mes de Septiembre no se realizaron encuestas de ninguna indole.
16	El servicio de Call center presta un horario de atención al público (interno-externo) lunes a viernes de 6:30 a.m a 6:00 p.m y sábados de 8:00 a.m a 12:00 m, el cual será distribuido en diferentes turnos de acuerdo a las necesidades del servicio y sujeto a cambios por parte del supervisor.	SI	Se cumplió con el horario asignado por la Coordinación del Call Center, para todas las necesidades presentadas durante todo el mes de Septiembre
17	OBSERVACIONES		Cantidad de errores: 1

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.

Andrea Paola L.	Alex Patiño
FIRMA DEL CONTRATISTA. C.C 1.067.814.377	**Vo. Bo. Coordinación**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1067814377
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDREA PAOLA LOPEZ LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	SANTA MARTA	TELÉFONO:	9999999
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:		**4517503431**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		2		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/09/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	3092127374

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	$ 500	$ 0	$ 185.600	$ 500	$ 186.100
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 500**	**$ 186.100**

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
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 400	$ 0	$ 145.000	$ 400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 400**	**$ 0**	**$ 145.400**

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	$ 100	$ 0	$ 28.400
SUBTOTALES:									**$ 28.300**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 28.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1067814377	LOPEZ LOPEZ ANDREA PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	NUEVA EPS CM	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	106781437	$ 28.300

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 359.900**

Planilla Pagada

2023/09/21 10:22 USUARIO: SOI YRODRIGUEZ