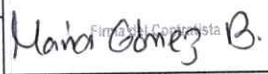
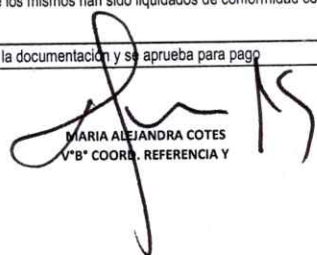
	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		Código FINC3F	Versión 3
	FORMATO CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO A CONTRATISTAS DE PS		Fecha de última revisión 24/02/2023	
DATOS DEL CONTRATISTA			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/02/2023	
Nombres y apellidos :	MARIA ALEJANDRA GOMEZ BERNAL		Identificación	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 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:	CD20230418	Nº RP:	837	Nº CDP: 023
Plazo - Duración:	2 MESES			
¿Adición o prorrogación?	NO	Tiempo prorrogado	N/A	
Fecha de Inicio Contrato	20/01/2023	Fecha de Terminación Contrato	28/02/2023	Valor del Contrato: \$3.800.000
Nº 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	Fecha de reinicio	N/A	Nueva Fecha de terminación N/A
¿Suspendido?	N/A	Periodo objeto de Cobro	FEBRERO-2023	
Valor Total del Contrato (adición)	N/A			
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	ENERO	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	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. Cumpli 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 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:				
1.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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.				
3.- Que se realizó la verificación en el SECOP de la documentación y se aprueba para pago				
 MARIA VIANNEY MOTAVITA GARCIA 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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.: CD20230418 SUSCRITO EL 20/01/2023 CELEBRADO ENTRE LA ESE HJMB Y MARIA ALEJANDRA GOMEZ BERNAL <small>(NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA)</small>		FECHA ENTREGA: 28 de FEBRERO 2023 CON C.C Nº: 1.083.040.229 DE SANTA MARTA <small>(NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD Y LUGAR DE EXPEDICIÓN)</small>
	I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME: CUOTA PAGO DE 2023-02 (FEBRERO) CARGO EN EL AREA: ADMISIONES URGENCIAS	U. FUNCIONAL EJECUCIÓN ACTIVIDADES: PROCESO DE VENTA DE SERVICIOS 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 DICIEMBRE FUERON EN TOPRA 649 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 CORRESPONDE PARA UBICAR AL PACIENTE EN LA CAMA QUE LE CORRESPONDE, REPONER 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. 9444032248, la cual fue cancelada el día 02 de ENERO 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 pérdida 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 Febrero no fui convocado a capacitaciones.
11	El contratista manifiesta que conoce los estándares de acreditación en salud, aplicables al área en el cual presta 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.	


MARIA ALEJANDRA GOMEZ BERNAL
 CC 1.083.040.229

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083040279		GOMEZ BERNAL MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 71#4a-02 apto Barrio Quinta 1	SANTA MARTA-MAGDALENA	3023172782	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Limite	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	45882440	9445882440		I	2023/02/08	2023/02/14	2023/02/14	BANCO AV VILLAS	6	\$361,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
SUCURSALES PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Ciudad: SANTA MARTA Deptor: MAGDALENA (1 Afiliados)																							
1	CC	1083040229	GOMEZ MARIA	30	\$1,160,000	\$185,600	EP037	30	\$1,160,000	\$145,000	0	0	\$0	\$145,000	14-23	30	\$1,160,000	\$28,300	0	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$145,000			\$1,160,000	\$28,300			\$0	\$0	