 HOSPITAL CIVIL DE IQUIITOS	INSTRUCTIVO CUENTA DE COBRO Y ANEXOS CONTRATISTAS	IN- 0263	
		Versión: 1	vigencia: 19/03/13

Objetivo: Garantizar el correcto diligenciamiento de las cuentas de cobro y anexos que deben ser aportados por los contratistas.

CUENTA DE COBRO Y SUS ANEXOS


Hoja No. 1 CUENTA DE COBRO:

1. Diligencie la siguiente información:
 - a. **Debe a:** Nombres y apellidos completos.
 - b. **Salario:** Honorarios correspondientes al mes laborado teniendo en cuenta las diferentes novedades (Licencias, Incapacidades, etc). El valor a cancelar que se señala en letras debe coincidir con el valor en números.
 - c. **Cargo que desempeña:** Indicar el cargo y proceso donde encuentra desempeñando sus actividades como contratista.
2. **Fecha de tiempo laborado:** Diligenciar la fecha del periodo a cancelar
3. **Fecha de suscripción del Contrato:** Diligenciar el numero y fecha en que se suscribió el contrato.
4. **Firma:** Firmar en la parte inferior y verificar que el numero de cedula sea el correcto.

Hoja No. 2 INFORME DEL TRABAJADOR:

Este formato se presenta de conformidad con Estatuto Tributario de la siguiente manera:

- 1) Indique su país actual de residencia
- 2) Marque la opción SÍ si el Registro Único Tributario (RUT) que adjunta se encuentra actualizado, es decir, que no se han modificado los datos de identificación, ubicación y clasificación. En caso contrario marque la opción NO.
- 3) Señale la opción SÍ si sus ingresos anuales son iguales o superiores a 4073 UVT, esto es, \$106.097.577 (ciento seis millones noventa y siete mil quinientos setenta y siete pesos). Si sus ingresos son inferiores al monto enunciado señale la opción NO.
- 4) Marque la opción SÍ en caso que sus ingresos anuales sean menores a 4073 UVT, esto es, \$106.097.577 (ciento seis millones noventa y siete mil quinientos setenta y siete pesos). Si sus ingresos son superiores al monto enunciado señale la opción NO.
- 5) Marque la opción SÍ si la actividad laboral la ejerce de manera directa, sin valerse de intermediario alguno. En caso contrario marque la opción NO.
- 6) Marque la opción SÍ si en el ejercicio de su actividad laboral maneja equipos científicos especializados. En caso contrario designe la opción NO.
- 7) Siga la instrucción del numeral anterior.

 HOSPITAL CIVIL DE IPIALES	INSTRUCTIVO CUENTA DE COBRO Y ANEXOS CONTRATISTAS	IN- 0263	
		Versión: 1	vigencia: 19/03/13

- 8) Marque la opción SÍ cuando el porcentaje de sus ingresos corresponda al 80% o más de lo devengado empleado. En caso contrario marque la opción NO.
- 9) Marque la opción SÍ si con su hoja de vida aportó copia de su título de grado profesional/ tecnólogo/ técnico/ auxiliar. En caso contrario marque la opción NO.
- 10) Señale la opción SÍ cuando en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) para seguridad social haya incluyó el valor de la presente factura. Cuando no se encuentre incluido dicho valor señale la opción NO.
- 11) Marque la opción SÍ cuando por encontrarse en régimen común o por ser gran contribuyente se encuentra obligado a llevar libros de contabilidad. Si no se encuentra en ninguna de las condiciones enunciadas marque la opción NO.
- 12) Marque la opción SÍ si es persona natural y no se encuentre obligado a llevar libros de contabilidad. En caso contrario marque la opción NO.
- 13) Señale la opción SÍ cuando el desarrollo de su actividad laboral se realice al interior de la Institución. En caso contrario señale la opción NO.
- 14) Marque la opción SÍ cuando su relación contractual provenga de un contrato de prestación de servicios. Si se encuentra vinculado mediante contrato laboral marque la opción NO.
- 15) Marque la opción SÍ cuando su relación contractual con la entidad este fundamentada en la legislación civil. En caso contrario marque la opción NO.
- 16) Designe la opción SÍ cuando su relación contractual con la entidad este fundamentada en la legislación administrativa. En caso contrario designe la opción NO.

Hoja No. 3 y 4 SEGURIDAD SOCIAL


El pago al sistema de seguridad social debe coincidir con la siguiente información:

1. Si su salario es igual o menor a UN MILLON CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL PESOS (\$1.179.000), se debe cotizar con el salario mínimo mensual legal vigente, es decir con \$589.500.

Ejemplo:

Ingreso Base:	\$589.500
Salud: 12.5%x\$589.500	\$73.687
Pensiones: 16%x\$589.500	\$94.320
A.R.L.: 2.436%x\$589.500	\$14.360
Total:	\$182.367

2. Si su salario es mayor a UN MILLON CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL PESOS (\$1.179.000), su ingreso base de cotización corresponde al cuarenta (40%) de los honorarios devengados:

 HOSPITAL CIVIL DE IPIALES	INSTRUCTIVO CUENTA DE COBRO Y ANEXOS CONTRATISTAS	IN- 0263	
		Versión: 1	vigencia: 19/03/13

Ejemplo:

Salario	\$2.472.219
IBC (40% de 2.472.219)	\$988.887
Salud: 12.5%x\$988.887	\$123.610
Pensiones: 16%x\$988.887	\$158.221
A.R.L.: 2.436%x\$988.887	\$24.089
Total:	\$305.920

Nota: Los aportes a Salud y Pensión se cotizan con el 12.5% y 16% del ingreso base de cotización respectivamente, en relación al aporte a Riesgos Laborales, se debe cotizar con riesgo 3, es decir el 2,436% del ingreso base de cotización. Los técnicos en imágenes diagnosticas deben cotizar con riesgo 5, es decir el 6.96% del ingreso base de cotización,


3. Los documentos que se deben presentar con el fin de acreditar pago a Seguridad social son:

- a. Planilla de pago:** Aportar el Resumen General de pago, en cuanto a salud, pensiones y riesgos laborales, este debe contener sus datos personales y el mes cancelado que debe coincidir con el mes relacionado en la cuenta de cobro.
- b. Comprobante Pago de Planilla:** Esta es la copia de la consignación, no se aceptara transacciones ni débitos a la cuenta, en la medida que no se genera copia de consignación.

Hoja No. 5. FO-1092 MATRIZ CONCEPTO Y PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS CONTRACTUALES

El diligenciamiento de esta hoja es importante para monitorizar el cumplimiento del objeto contractual, por lo cual se debe diligenciar lo siguiente:

- 1. Cumplimiento del Contrato:** Numero del contrato.
- 2. Periodo del Contrato:** Duración del contrato, desde su fecha de suscripción hasta su fecha de finalización.
- 3. Objeto del Contrato:** Se debe transcribir el objeto contractual que se encuentra en su contrato.
- 4. Nombre del Contratista, Interventor y Periodo del Reporte:** Colocar nombres y apellidos completos del contratista, nombres y apellidos de su supervisor y el mes que se pretende cobrar.
- 5. Obligación:** En estas casillas se coloca, las actividades realizadas durante el mes a cobrar.

 HOSPITAL CIVIL DE IPIALES	INSTRUCTIVO CUENTA DE COBRO Y ANEXOS CONTRATISTAS	IN- 0263	
		Versión: 1	vigencia: 19/03/13

6. Porcentaje de Cumplimiento: Aquí se registra su desempeño durante el mes, asignando un peso porcentual. Para su cálculo, se toma la duración del contrato y se divide entre 100% y cada mes se irá sumando, obteniendo al finalizar el contrato el 100% de cumplimiento.

Ejemplo:

Duración del Contrato	Desde el 1º de enero hasta el 31 de Diciembre de 2013 (12meses)
Porcentaje equivalente:	100% / 12 8,33% equivale cada mes – Enero 16,66% - Febrero 24,99% - Marzo

7. Firma del supervisor: Este formato finaliza con la firma por parte del supervisor y/o interventor de cada de cada contrato.


HOJA N. 6 FO – 1093 SEGUIMIENTO A CRONOGRAMA DE CONTRATOS.

Todo el personal contratado debe diligenciar este formato, una sola vez durante el período contractual y presentarlo con la primera cuenta de cobro que realice.

- 1. Contrato de prestación de servicios:** Numero del contrato y vigencia.
- 2. Nombre del Supervisor:** Nombres y apellidos completos del supervisor.
- 3. Empresa contratista:** Hospital Civil de Ipiales E.S.E.
- 4. Vigencia del contrato:** Termino de duración del contrato
- 5. Valor del Contrato:** Valor total del contrato.
- 6. Obligaciones:** Funciones que se van a desempeñar durante toda la duración del contrato y que se irán cumpliendo de manera progresiva, se diligencia a partir del mes que es contratado, hasta su culminación.
- 7. Firma del Supervisor:** Este formato deberá contener la firma del supervisor y/o interventor correspondiente.

ANEXO: Cuadro de aportes a Seguridad Social de Contratistas.

ELABORÓ  Gabriela Cadena Leyton Abogada Recursos Humanos	REVISÓ  Estelán España Líder de Recursos Humanos	APROBÓ  Teresa Moreno Supgerente Administrativa
FECHA 19 - Marzo - 2013	FECHA 19 - Marzo - 2013	FECHA 19 - Marzo - 2013

 HOSPITAL CIVIL DE IPIALES	INSTRUCTIVO CUENTA DE COBRO Y ANEXOS CONTRATISTAS	IN- 0263	
		Versión: 1	vigencia: 19/03/13

APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL DE CONTRATISTAS

SALARIO	SALUD	PENSIONES	A.R.L.	TOTAL
\$ 1.496.000	\$ 74.800	\$ 95.744	\$ 14.577	\$185.121
\$ 3.678.021	\$ 183.901	\$235.393	\$35.838	\$455.132
\$ 2.472.219	\$123.610	\$158.221	\$24.089	\$305.920
\$933.902	\$ 73.687	\$ 94.320	\$14.360	\$182.367
\$1.067.317	\$ 73.687	\$ 94.320	\$14.360	\$182.367
\$ 2.122.505	\$106.125	\$135.840	\$20.681	\$262.646
\$ 4.668.978	\$ 233.448	\$ 298.814	\$ 45.494	\$577.756
\$ 1.863.928	\$ 93.196	\$ 119.291	\$ 51.891	\$264.378
\$ 1.650.000	\$ 82.500	\$ 105.600	\$ 16.077	\$204.177
\$ 2.600.000	\$ 130.000	\$ 166.400	\$ 25.334	\$321.734
\$ 2.328.004	\$ 116.400	\$ 148.992	\$ 22.684	\$288.076
\$ 3.678.022	\$ 183.901	\$ 235.393	\$ 35.838	\$455.132
\$ 3.164.597	\$ 158.229	\$ 202.534	\$ 30.835	\$391.598
\$ 1.360.000	\$ 68.000	\$ 87.000	\$ 13.251	\$168.251
\$ 3.168.597	\$ 158.429	\$ 202.790	\$ 30.874	\$392.093
\$ 4.375.999	\$ 218.799	\$ 280.063	\$ 42.639	\$541.501
\$ 1.236.110	\$ 61.805	\$ 79.111	\$ 12.044	\$152.960
\$ 6.005.999	\$ 300.299	\$ 384.383	\$ 58.522	\$743.204
\$ 3.059.967	\$ 152.998	\$ 195.837	\$ 29.816	\$378.651



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E
NIT 800084362-3

CERTIFICACION

Para efectos de la retención en la fuente de que trata el Art. 383 del Estatuto Tributario y bajo la gravedad de juramento suministro la siguiente información y se adjunta al contrato:

INFORMACION	RESPUESTA	
	SI	NO
1. País de residencia (Art. 10 E.T.)		
2. Adjunto RUT actualizado		
3. Soy declarante para efectos de la retención mínima de que opera a partir del 1 de abril de 2.013		
4. No soy declarante para efectos de la retención mínima de que opera a partir del 1 de abril de 2.014		
5. Presto los servicios de manera personal		
5. No presto los servicios de manera personal		
6. Utilizo materiales especializados o insumos o equipo especializado o equipo científico		
7. No utilizo materiales especializados o insumos o equipo especializado o equipo científico		
8. Los ingresos de mi profesión liberal provienen en un 80% o mas en calidad de empleado		
9. Fotocopia del título		
10. En la PILA que se adjunta están incluidos los ingresos de esta factura		
11. Estoy obligado a llevar libros de contabilidad		
12. No estoy obligado a llevar libros de contabilidad		
13. La labor que desarrollo es por cuenta y riesgo del contratante		
14. Lo devengado corresponde a honorarios y no a salarios		
15. El contrato celebrado, la orden de compra u orden de servicios está amparado por la legislación civil		
16. El contrato celebrado está amparado por la legislación administrativa		

NOMBRE: Pedro Perez Martinez
C.C. No 123456 de IPIALES.

aportes en línea

Resumen General de Pago

GENERALES DEL APORTANTE		Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono
Identificación	DV	Razón Social	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	IPIALES-NARIÑO	5555555

GENERALES DE LA LIQUIDACION		Tipo		Fecha		Pago		
riesgo	Clave	Plantilla	Plantilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2013-02	20660906	8420660906	1	2013/02/05	2013/02/05	BANCO AV VILLAS	0	\$182,420

MEN DE PAGO									
	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$94,320	\$0	\$0	\$94,320	
PENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$94,320	\$0	\$0	\$94,320	
ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$14,400	\$0	\$0	\$14,400	
MENA	14-25	800,226,175	3	1	\$14,400	\$0	\$0	\$14,400	
ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$73,700	\$0	\$0	\$73,700	
LIDCOOP	EPS013	800,250,119	1	1	\$73,700	\$0	\$0	\$73,700	
L					\$182,420	\$0	\$0	\$182,420	

PAGADO



HOSPITAL CIVIL DE PIALES

MATRIZ CONCEPTO Y PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS CONTRACTUALES

FO-1092

Versión: 1

vigencia: 25/06/12

CUMPLIMIENTO CONTRATO No. 01 del 2013

PERIODO DEL CONTRATO: 1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2013

OBJETO DEL CONTRATO: EL CONTRATISTA se compromete con EL CONTRATANTE a prestar sus servicios como auxiliar de enfermería, con disposición para cubrir 192 horas mes presenciales, con base en agenda concertada periódicamente. La prestación de los servicios deberá estar enmarcada de acuerdo a los estándares del sistema general de calidad, observando siempre esta política institucional durante todo el proceso de la atención al usuario y su familia; las demás inherentes a su competencia en términos de la normatividad aplicable.

NOMBRE CONTRATISTA :		INTERVENTOR (ES) Y/O SUPERVISOR (ES):		PERIODO DEL REPORTE:
PEDRO PEREZ MARTINEZ		DRA. VICTOR HUGO ORTEGA		MARZO DE 2013
OBLIGACIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO Y/O SERVICIO ENTREGADO		OBSERVACIONES
FUNCIONES	24,99%			
FUNCIONES	24,99%			
FUNCIONES	24,99%			

[Handwritten Signature]

SUPERVISOR

[Handwritten Signature: Pedro Perez Martinez]

CONTRATISTA



COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de Planilla (PIN): 8421696686

Número de Identificación Aportante: [Redacted]

Valor a Pagar \$: 186.920

AV 210 20130313 08:45 SC 977. LINEA D
 VALOR PAGADO: 186.920.00
 NOMBRE: APORTES EN LINEA
 CLAVE: 421676686
 ID: 1085898541
 Fecha Aplicación: 20130313 PIN: 84456
 Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

ESPACIO PARA TIMBRE

ESTIMADO CLIENTE:
 VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

IMPRESO EN EL VALOR DEL REGISTRO



SEGUIMIENTO A CRONOGRAMA DE CONTRATOS

FO-1093

Versión: 1

vigencia: 25/06/12

CONTRATO DE: PRESTACION DE SERVICIOS; Número: 209 de 2013
 NOMBRE SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DEL CONTRATO: VICTOR HUGO ORTEGA C.
 EMPRESA CONTRATISTA: HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E
 VIGENCIA DEL CONTRATO: 01 ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2013
 VALOR DEL CONTRATO: \$ 12.807.804
 OBJETO CONTRACTUAL: Prestar servicios de enfermería con disposición para cubrir 192 horas mes presencial

Obligaciones	Actividades para el cumplimiento de las obligaciones	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Conocer, implementar, fomentar la aplicación de los estándares de calidad para el Sistema de Acreditación en forma permanente con el fin de mejorar la atención a los usuarios y su familia	Autoinstruirse de manera permanente en estándares de calidad.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Implementar los estándares de Calidad en la ejecución de la prestación de servicios de salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar y dar a conocer al usuario las políticas de calidad de la empresa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Participar activamente en el desarrollo de las diferentes reuniones científicas o administrativas y actividades investigativas, tendientes a analizar o dar solución a eventos de salud o situaciones problema en la prestación del servicio	Asistir a las diferentes reuniones científicas y administrativas programadas por la institución.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atender el llamado y actuar según corresponda ante la declaratoria o alarma de alertas institucionales, conforme a las directrices de los planes de contingencia o atención de desastres.	Responder de manera inmediata al llamado institucional cuando se activen los planes de contingencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Durante los planes de contingencia estar disponible de acuerdo a la agenda programada para el turno de contingencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Conocer y aplicar el modelo de gestión adoptado por la alta dirección el cual integra las diversas políticas institucionales.	Aplicar la misión, visión y las políticas institucionales en el que hacer diario	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Prender por el logro de la visión y modelo de gestión institucional a través del ejercicio de la labor como auxiliar de enfermería.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUPERVISOR (ES) Y/O INTERVENTOR (ES)

CONTRATISTA