compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032452182	MARTHA LIZBETH BELLO ROCHA	calle 131b # 154-36	6901100	martha-1419@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	03/12/2024	82302215	$558.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	211.800	0		0		0	0	0	0	211.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	271.100	0	0	0	0	0	0		271.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	41.300				41.300	0	0	41.300			413	41.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	33.900	0	0	33.900	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	211.800	211.800
Pensión	1	271.100	271.100
Riesgos Laborales	1	41.300	41.300
CCF	1	33.900	33.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	558.100	558.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032452182	MARTHA LIZBETH BELLO ROCHA		calle 131b # 154-36	6901100	martha-1419@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	03/12/2024	82302215	$558.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032452182	BELLO ROCHA MARTHA LIZBETH	59	0			N																	230201	1.694.000	271.100	0	0	0	0	EPS005	1.694.000	211.800	14-25	1.694.000	3	41.300	CCF24	1.694.000	33.900	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS**	FECHA DE EMISION: 10-05-2024 VERSIÓN: 00

UNIDAD:	**APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO**	**AREA DE SERVICIO:**	**TERAPIA RESPIRATORIA**

No. DE CONTRATO: UCLB 1030-2023		**DESDE**			**HASTA**		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN No:	**Periodo a reportar**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
1.032.452.182		**16**	**11**	**2024**	**15**	**12**	**2024**

NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARTHA LIZBETH BELLO ROCHA

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar sus servicios profesionales como TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL, mediante la modalidad de Contrato de Prestación de Servicios, que desarrollará en forma independiente y con total autonomía técnica, administrativa y financiera, con sus propios medios, todo ello de acuerdo con las obligaciones contenidas en el contrato, dejando de presente que tales actividades se desarrollarán en el Hospital Militar Central.

I. ACTIVIDADES:

	LISTADO DE ACTIVIDADES	**SEM 1**	**SEM 2**	**SEM 3**	**SEM 4**	**TOTAL**
1.	Recibir y entregar el turno, de acuerdo con el procedimiento establecido en la entidad.	4	4	4	7	19
2.	Hacer y velar por el buen uso de equipos, materiales e insumos del servicio; así como reportar inmediatamente, su daño o pérdida, en caso de presentarse.	4	4	4	7	19
3.	Brindar atención humanizada al paciente, mediante la aplicación de protocolos y procedimientos establecidos por el HOSPITAL.	4	4	4	7	19
4.	Cumplir con las actividades asignadas en los turnos que programe la Entidad para responder ínterconsultas de los diferentes servicios del Hospital.	NA	NA	NA	NA	0
5.	Cumplir con la disponibilidad para rotar por los diferentes servicios o áreas de la institución teniendo en cuenta la necesidad del servicio y agendamiento para la atención de los usuarios.	NA	NA	NA	NA	0
6.	Alistar todo lo necesario para los procedimientos requeridos.	4	4	4	7	19
7.	Toma de gases arteriales y de cultivos bronquiales, prueba de apnea, CPAP no invasivo, oximetría de pulso, proceso de destete ventilatorio y extubación de pacientes que cumplan con los requisitos, aplicación de surfactante, manejo de óxido nítrico, heliox y demás actividades requeridas propias del área de desempeño.	53	82	71	104	310
8.	Asistir a los traslados de los pacientes, que se encuentren con ventilación mecánica, a otras unidades, servicios y exámenes especiales intrahospitalarios.	0	1	1	2	4
9.	Asistir procedimiento como: intubación programada, fibrobroncoscopia, realización de traqueotomía percutánea, código azul.	0	0	0	0	0
10.	Participar en las actividades investigativas, docentes y administrativas requeridas por la dirección o por el servicio; así como participar en la revista médica para el seguimiento a la evolución de lospacientes y planes a seguir.	4	4	4	7	19
11.	Apoyar académicamente y asistencial constante a los diferentes departamentos del Hospital Militar Central.	4	4	4	7	19
12.	Valorar al paciente incluido en el programa de rehabilitación pulmonar sobre enfermedad, estado nutricional, emocional y desacondicionamiento muscular sistémico.	N/A	N/A	N/A	N/A	0
13.	Cuantificar la capacidad de ejercicio y los requerimientos de oxígeno tanto en reposo como durante el ejercicio.	N/A	N/A	N/A	N/A	0
14.	Realizar pruebas de función pulmonar al paciente incluido n el servicio de rehabilitación pulmonar tales como: Espirometría, gases arteriales, pletismografias, test de ejercicio cardiopulmonar, caminata de seis minutos, difusión volúmenes pulmonares, teniendo en cuenta tanto las indicaciones, precauciones , técnica adecuada y posible interpretación que en conjunto con el médico especialista se sirva de soporte para una más efectiva y precisa evaluación y determinación de los requerimientos de ejercicio para el paciente pulmonar.	N/A	N/A	N/A	N/A	0
15.	Suministrar al paciente y a sus familiares, la información sobre su enfermedad, sus posibilidades terapéuticas, uso de inhaladores, tipo de medicamentos, acciones, efectos secundarios e importancia dela oxigenoterapia entre otros temas de su interés.	4	4	4	7	19

16.	Desarrollar una serie de ejercicios dirigidos a reforzar los músculos desacondicionados, a mejorar la tolerancia al ejercicio durante las actividades propias de la vida diaria a los pacientes en los programas de rehabilitación pulmonar.	N/A	N/A	N/A	N/A	0
17.	Calibrar los equipos del laboratorio de función pulmonar.	N/A	N/A	N/A	N/A	0
18.	Llevar registro de la atención diaria de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigentes y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	4	4	4	7	19
					TOTAL DEFINITIVO DEL INFORME	**466**

II. CONSOLIDADO:

Durante el mes se realizaron las siguientes actividades en la unidad de cuidado intensivo adulto de forma oportuna, eficiente y humanizada:
Semana 1: Terapia Respiratoria 44, gases arteriales tomados 5 y se procesaron 4 gases venosos
Semana 2: Terapia Respiratoria 53, gases arteriales tomados 20 y se procesaron 8 gases venosos , traslado de paciente en ventilación mecanica a imágenes diagnósticas 1, toma de cultivo de secrecion traqueal: 1.
Semana 3: Terapia Respiratoria 56, gases arteriales tomados 15, traslado de paciente a imágenes diagnósticas: 1
Semana 4: Terapias respiratorias 78, gases arteriales tomados 20 y se procesaron 6 gases venosos, traslado de paciente en ventilación mecanica a imágenes diagnósticas: 1, en la unidad de cuidado intensivo posquirurgica y participé activamente en la revista médica en la unidad post quirúrgica durante el período citado en el turno de la noche. Cumpliré con todas mis actividades contractuales hasta 30/12/2024 teniendo en cuenta los promedios de atencion del mes anterior

III. OBSERVACIONES

IV. FIRMAS

CC. 1'032.452.182 **MARTHA LIZBETH BELLO ROCHA** **CONTRATISTA**	**A LUCIA PINZON ALDANA** **SUPERVISOR**