SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 3289 2020 | C.D.P. No.: | 9 |
| Proceso al que pertenece: | DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | | |
| Unidad a la que pertenece: | UNIDES MATERNO INFANTIL | | |
| Nombre del Contratista: | YOMAIRA GALEANO ORDUÑA | C.C. | 1,096,618,930 de: LA PAZ SANTANDER |
| Fecha Inicio: | 2020-02-01 | Fecha Terminación inicial: | 2020-07-31 |
| Valor Mensual: | $ 1,728,384 | Valor a cobrar: | $ 1,989,442 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1,530,340 | 1958 | 2020-08-01 | 2020-08-31 |
| 2 | $ 2,754,612 | 2692 | 2020-09-01 | 2020-09-30 |
| 3 | $ 1,905,190 | 3127 | 2020-10-01 | 2020-10-31 |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1,683,374 | $ 290,000 | 40377302 |
| 2 | MARZO | $ 1,710,380 | $ 273,300 | 8341330664 |
| 3 | ABRIL | $ 1,620,360 | $ 271,700 | 8341380646 |
| 4 | MAYO | $ 1,674,372 | $ 157,600 | 8342579009 |
| 5 | JUNIO | $ 1,755,390 | $ 157,600 | 8342579009 |
| 6 | JULIO | $ 2,070,460 | $ 271,700 | 432292516 |
| 7 | 1 AL 14 DE AGOSTO | $ 1,035,230 | $ 271,700 | 43900895 |
| 8 | 15 AL 31 DE AGOSTO | $ 1,050,000 | $ 271,700 | 43900895 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 1,989,442 | $ 271,700 | 44649159 |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 10,370,304 | $ 16,560,446 | $ 14,589,008 | $ 1,971,438 |

## 2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS EN SU CONDICION DE TECNICO AUXILIAR DE LABORATORIO Y/O AUXILIAR DE ENFERMERIA (LABORATORIO CLINICO) PARAR LA DIRECCION DE COMPLEMENTARIOAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Relación de actividades para el perio** Desde: 2020-09-01 Hasta: 2020-09-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Orientar al usuario del servicio de laboratorio , impartiendo las instrucciones especificas sobre la forma de recoleccion de las muestras y las condiciones como se debe presentar al examen | Cumple brindando orientacion a los usuarios del laboratorio, impartiendo las instrucciones especificas sobre la forma de recoleccion de las muestras, las condiciones como se debe presentar al examen los usuarios y entrega los resultados de los analisis cumpliendo el procedimiento asignado. | Se evidencia en las observciones de la orden medica las medidas correctas para la preparacion de los pacientes en la toma de muestra . |
| 2 | Realizar la toma de muestras de acuerdo con los examenes solicitados, organizarlas, embalarlas, entregarlas al mensajero, clasificarlas, distribuirlas puras las diferentes secciones del laboratrio. | Cumple con la toma de muestra a los pacientes de acuerdo a los examenes solicitados,tambien cumple con la organizacion, embalaje, entrega al mensajero ,clasificacion y distribución para la diferentes secciones del laboratorio. | Se evidencia en los formatos MI-DT-FT-061 verificacion de datos en la toma de muestra de los pacientes, priorizacion de pacientes en el formato MI-DT-FT-087, entrega de muestras y embalaje de muestras formato MI-DT-FT-083 y formato MI-DT-FT-082 que se encuentran en la toma de muestra y en la seccion de recepcion de muestras en el laboratorio clinico. Cumple con los protocolos manuales y anexos de la toma de muestra, Bioseguridad entre otros. |
| 3 | Preparar el material necesario para su procesamiento para montar las pruebas requeridas de conformidad con los procedimientos establecidos. | Cumple con la preparación del material necesario para su procesamiento a fin de llevar a cabo la toma de las pruebas requeridas de conformidad con los procesamientos establecidos. | Queda evidencia en el laboratorio clinico, en el formato MI-DT-FT-387 , MI-DT-FT-181 la citacion con la preparacion adecuada para toma de examenes |
| 4 | Hacer entrega de los resultados de laboratorio clinico de acuerdo con los procedimientos establecidos en la institucion. | Hace entrega de los resultados de laboratorio clinico de acuerdo con los procedimientos establecidos en la entidad, para los servicios de urgencia y hopsitalizados. | Se evidencia entrega de resultados en la central de entrega de resultado evidenciando en la factura una vez ya tomados los examenes se anexa el Formato MI-DT-FT-063. Entrega de resultado. |
| 5 | Realizar limpieza y desinfeccion de areas y equipos. | Realiza limpieza y desinfeccion de todas las areas y equipos del Laboratorio Clinico. | se evidencia en los formatos MI-DT-FT-068, MI-DT-FT-243 los cuales se encuentran en las carpetas marcadas como limpieza y desinfeccion, estan en todas las secciones realizandolo en los 3 turnos diferentes del dia. |
| 6 | Asistir al profesional en la realizacion de los procedimientos de laboratorio clinico con eficiencia y eficacia. | Asiste y colabora con el profesional en la realizacion de los procedimientos del laboratorio clinico con eficiencia y eficacia, montaje de algunas muestras, orinas y coprologicos. | Se evidencia en el ingreso de muestras, el montaje, coloracion de examenes y centrifugacion de muestras. |
| 7 | Diligenciar de manera clara , completa y oportuna, los documentos que se requieren en el desarrollo de sus actividades de conformidad con los procedimientos establecidos. | Diligencia de manera clara, completa y oportuna, los documentos que se requieren en el desarrollo de sus actividades de conformidad con los procedimientos establecidos en el área. | Se evidencia actividad en cada una de las secciones y formatos que se manejan en el laboratorio clinico. |

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO<br>FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA: 2020-05-04 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8 | Aplicar las normas, guias y protocolos establecidos que garanticen la adecuada presentacion del servicio, de conformidad con los lineamientos institucionales. | Comprende y socializa las normas, guias y protocolos establecidos por la institución los cuales garantizan la adecuada prestacion del servicio de conformidad con los lineamientos institucionales. | Se evidencia en los formatos que se encuentran en la intranet medio Magnetico y fisico que se encuentran en la oficina del aboratorio clinico; Cumpliendo los lineamientos de la Subred firmando un Compromiso de integridad. |
| 9 | Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema de garantia de la calidad según requerimientos de la normatividad vigente. | Apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la normatividad vigente, realiza diligenciamiento de formatos. | Se evidencia cumplimiento al manejar y aceptar el contrato redactado por la Subred el cual se encuentra junto con otros papeles en la pagina de Secop II. |
| 10 | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | Cuida todos los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | Se evidencia en el formato de entrega de elementos de EPP formato AP-TH-FT-054,Entrega de insumos y dispositivos medicos para hodpitalizacion y urgencias Formato MI-DT-FT-060 que se encuentran diligenciados en una AZ en la oficina del Laboratorio. |
| 11 | Participar en las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones y eventos a los cuales sea convoca. | Tiene la disposición de participar en las jornadas de capacitación,inducción,reuniones y eventos a los cuales sea convocado: Las capacitaciones se estan realizando 1 o 2 veces cada mes. | Se evidencia asisitencia a las capacitaciones, inducciones y reuniones que se manejan en la Subred firmando el formato AP-TH-FT-002 |
| 12 | Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos guias, manuales, protocolos y demas establecidos por la entidad, ademas de apoyar la implementacion de los mismos. | Conoce y da cumplimiento a los procedimientos, guias, manuales, protocolos y demás establecidos por la entidad, ademas apoya la implementacion de los mismos. | Se evidencia el cumplimiento en el entrenamientos del puesto del trabajo AP-TH-FT-094, realizando la lectura y ejecucion de los manuales , protocolos y anexos paa eso se realiza firmas en los formatos actas de capacitacion y reuniones establecidas AP-TH-FT-002, EC-CO-FT-001 |
| 13 | Apoyar a la entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y ectra institucionales. | Apoya a la entidad en las actividades que demanda según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | Se evidencia con la aceptacion de contrato donde se firma y acepta cada una de las actividades demandadas por la Subred que se encuentra en la pagina de Secop II |
| 14 | Participar en la elaboracion y actualizacion de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del area. | Brinda colaboración en la elaboración y actualización de los manuales, procedimientos y protocolos asistenciales del área. | Se evidencia en los formatos de actas, capacitaciones AP-TH-FT-002, EC-CO-FT-001 |
| 15 | Mantener la reserva de la informacion. | Mantiene reservada la información de la cual tiene acceso por la prestacion de sus servicios., conserva privacidad con la información. | Se evidencia cumplimiento de este firmado el acta y compromiso que hace parte del manual AP-TH-MN-05 de Etica y Buen Gobierno. |
| 16 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | No presenta ninguna novedad que afecta el cumpliento de sus obligaciones como auxiliar de laboratorio. | Se evidencia Informado de forma escrita y verbal con anticipacion cualquier novedad. |
| 17 | Velar porque la atencion sea humana, eficaz, calida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. | Se preocupa porque la atencion sea humana, eficaz, calidad con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio, socializa los derechos y deberes con los usuarios, maneja el protocolo de bienvenida con el personal en bienvenida. | Se evidencia por medio del compromiso que se firma en el formato AP-TH-FT-088 y para garantizar la excelencia de nuestro servicio se manejan las encuestas de calidad formato MI-SP-FT-010 |
| 18 | Velar por el seguimiento de las norma de bioseguridad, salud ocupaciones y gestion ambiental. | Vela y cumple las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestion ambiental. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Se evidencia la entrega de elementos de Bioseguridad, junto con la verificacion de los elementos de proteccion y el lavado de manos que se encuentran en los formatos AP-TH-FT-054, MI-DT-FT-066 y MI-MI-DT-FT-246. |

| | |
|---|---|
| **Observaciones:** | Firma del Contratista |
| Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.<br>En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro | C.C. 1,096,618,930 de LA PAZ SANTANDER |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | NUBIA INES VARELA MORATO |
| CARGO: | REFERENTE LABORATORIO CLINICO Y SERVICIO TRANSFUSIONAL |
| FIRMA | |

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 | 1096618930 | YOMAIRA GALEANO ORDUNA | | TRAS 56 BIS 1 05 SUR | 3108054132 | yomiscreis24@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 | |
| 2020-08 | 2020-08 | I | 07/09/2020 | 44649159 | $271.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 109.800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 109.800 | 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 | 140.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 140.500 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 21.400 | | | | 21.400 | 0 | 0 | 21.400 | | | 214 | 21.400 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| 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 | 109.800 | 109.800 |
| Pensión | 1 | 140.500 | 140.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 21.400 | 21.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 271.700 | 271.700 |

44649159

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