

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 3723 2020 C.D.P. No. 611 Proceso al que pertenece: PROCESO ASISTENCIAL / ENFERMERIA  
Unidad a la que pertenece: UNIDAD DE SANTA CLARA  
Nombre del Contratista: DAYANA KARINA ARGUELLO RODRIGUEZ C.C. 1,018,499,423 BOGOTA  
Fecha Inicio: 2020-03-10 Fecha Terminación inicial: 2020-07-31 Valor Mensual: \$ 3,083,694 Valor a cobrar: \$ 3,083,694

| ADICIÓN<br>OTRO SI | VALOR<br>ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE<br>TERMINACIÓN |
|--------------------|------------------|-----|-----------------|-------------------------|
| 1                  |                  |     |                 |                         |
| 2                  |                  |     |                 |                         |
| 3                  |                  |     |                 |                         |
| 4                  |                  |     |                 |                         |
| 5                  |                  |     |                 |                         |
| 6                  |                  |     |                 |                         |
| 7                  |                  |     |                 |                         |
| 8                  |                  |     |                 |                         |
| 9                  |                  |     |                 |                         |
| 10                 |                  |     |                 |                         |
| 11                 |                  |     |                 |                         |
| 12                 |                  |     |                 |                         |
| 13                 |                  |     |                 |                         |
| 14                 |                  |     |                 |                         |
| 15                 |                  |     |                 |                         |
| 16                 |                  |     |                 |                         |
| 17                 |                  |     |                 |                         |
| 18                 |                  |     |                 |                         |
| 19                 |                  |     |                 |                         |
| 20                 |                  |     |                 |                         |
| 21                 |                  |     |                 |                         |
| 22                 |                  |     |                 |                         |

| Nº CTA | MES DE<br>CUENTA DE<br>COBRO | VALOR A<br>PAGAR | VALOR PAGO<br>SEGURIDAD<br>SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA  |
|--------|------------------------------|------------------|-----------------------------------|---------------------|
| 1      | ENERO                        | \$ 0             | \$ 0                              | 0                   |
| 2      | FEBRERO                      | \$ 0             | \$ 0                              | 0                   |
| 3      | MARZO                        | \$ 2,984,220     | \$ 0                              | 0                   |
| 4      | ABRIL                        | \$ 2,984,220     | \$ 370,000                        | 8341853897 41951716 |
| 5      | MAYO                         | \$ 3,083,694     | \$ 370,900                        | 42254424            |
| 6      | JUNIO                        | \$ 2,984,220     | \$ 214,300                        | 42536018            |
| 7      | JULIO                        | \$ 3,083,694     | \$ 370,900                        | 44226053            |
| 8      |                              |                  |                                   |                     |
| 9      |                              |                  |                                   |                     |
| 10     |                              |                  |                                   |                     |
| 11     |                              |                  |                                   |                     |
| 12     |                              |                  |                                   |                     |
| 13     |                              |                  |                                   |                     |
| 14     |                              |                  |                                   |                     |
| 15     |                              |                  |                                   |                     |
| 16     |                              |                  |                                   |                     |
| 17     |                              |                  |                                   |                     |
| 18     |                              |                  |                                   |                     |
| 19     |                              |                  |                                   |                     |
| 20     |                              |                  |                                   |                     |
| 21     |                              |                  |                                   |                     |
| 22     |                              |                  |                                   |                     |

|                           |                                                |                                              |                                      |                                  |
|---------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Resumen<br>de<br>contrato | VALOR INICIAL<br>DEL CONTRATO<br>\$ 15,703,628 | VALOR TOTAL DEL<br>CONTRATO<br>\$ 15,703,628 | PAGOS<br>REALIZADOS<br>\$ 15,120,048 | SALDO DEL CONTRATO<br>\$ 583,580 |
|---------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICION DE ENFERMERA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA, URGENCIAS U QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-07-01 Hasta: 2020-07-31

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las estipuladas en la minuta)                                                                                                                                                                            | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                       | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN<br>CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1 Identificar las infecciones asociadas a la atención en salud.                                                                                                                                                                       | Informar la evolución clínica, las actividades realizadas y las pendientes, el estado de los equipos, el nivel de existencias de insumos, el inventario del servicio y del carro de paro, los traslados, ingresos, relaciones familia - paciente y demás relacionadas, con el fin de proporcionar al turno entrante la información necesaria para la continuidad del plan | Se realiza entrega y recibo de turno de modo verbal y físico de cada uno de los pacientes del servicio de bahías resaltando los pendientes o las interconsultas que no han sido vistas por el momento, permitiendo desarrollarlas en la continuidad del turno. |
| 2 Investigar el tipo de infección, agente etiológico, factores de riesgo para iniciar acciones de control, identificar y emitir alertas epidemiológicas para direccionar medidas de control inmediato, documentación de las acciones. | De acuerdo con la patología, la evolución y las ordenes medicas para definir lo que se debe ejecutar                                                                                                                                                                                                                                                                      | se realiza el aviso medico de los pacientes que se tiene en el servicio verificando los resultados y el riesgo de su permanencia con los demás pacientes.                                                                                                      |
| 3 Participar en la investigación de brotes y efectuar notificación inmediata y obligatoria de infecciones intrahospitalarias en caso de confirmación y ejecución de las intervenciones requeridas.                                    | Distribuir los pacientes y las actividades específicas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidados de cada paciente.                                                                                                                                                                                                                            | se realiza la asignación de pacientes por cada enfermera(o) auxiliar del servicio con la idea de equilibrar trabajo en equipo.                                                                                                                                 |
| 4 Velar por el cumplimiento de la normatividad Institucional, local y nacional respecto a IAAS.                                                                                                                                       | Promover la recuperación del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se realiza la administración de medicamentos con el uso de los EPP, aplicando los 10 correctos consecutivamente y verificando mecanismo de acción de cada uno de ellos.                                                                                        |
| 5 Analizar la información del comportamiento de IAAS junto con Infectología o las especialidades involucradas en el manejo de los casos.                                                                                              | Tener en cuenta las ordenes medicas, la evolución y los reportes diagnósticos para valorar la evolución del paciente y garantizar integralidad en el manejo de información.                                                                                                                                                                                               | Se realiza la adecuada visualización y actualización de historias clínicas en el servicio de bahías, con la idea de verificar interconsultas respondidas, valoraciones y exámenes pendientes anexos a los informados durante el turno.                         |

|    |                                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                             |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6  | Participar en la vigilancia del cumplimiento de los protocolos o guías de procedimientos y normas de bioseguridad.         | Dejar constancia científica y legal de lo actuado                                                      | Se realiza el registro de los medicamentos suministrados al paciente, teniendo en cuenta la fecha de inicio si lo merita, con la idea de verificar la actividad realizada durante el turno.                 |
| 7  | Participar en los procesos capacitación para el personal de la institución.                                                | Consolidar la producción de la unidad y las especialidades                                             | se informa al medico sobre cualquier anomalia o eventualidad del paciente y se identifica las interconsultas no valoradas para tomar acción ante el paciente.                                               |
| 8  | Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario.                                       | Asistir a la reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario.                    | se asiste a las capacitaciones asignadas en la institución, creando conocimiento científico, analito y reflexivo.                                                                                           |
| 9  | Realizar el registro y el envío oportuno de los informes solicitados por la Institución u otras Entidades.                 | Para el desarrollo y formación de recurso humano en salud.                                             | se presenta al paciente de acuerdo a la unidad de traslado, con los respectivos documentos legales y medidas de seguridad si es el caso.                                                                    |
| 10 | Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio.                                                          | Mejoramiento continuo de la calidad de la atención del paciente                                        | se educa al paciente sobre el uso del tapabocas y en caso que lo merite se le indica a coordinadora sobre nuevo elemento de protección para el paciente                                                     |
| 11 | Participar en los análisis a los que sea convocados.                                                                       | Promover Procesos de mejoramiento continuo                                                             | se informa las salidas de pacientes para la gestion de ambulaciones según la disponibilidad requerida.                                                                                                      |
| 12 | Acompañar y observar la implementación de las acciones de mejora definidas para los diferentes servicios.                  | Realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia, velar por el uso racional de los mismos            | se realiza la solicitud de batas y gorros requerible en el servicio de camillas, con el fin de evitar el riesgo a enfermar                                                                                  |
| 13 | Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área. | Unificar Criterios en el desarrollo de las actividades                                                 | verificar la presentacion personal de mi equipo de trabajo, garantizando limpieza y higiene acorde al servicio a manejar.                                                                                   |
| 14 | Mantener la reserva de la información.                                                                                     | Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes                        | se realiza intervenciones y metas para cada uno de los pacientes, evaluando las expectativas al finalizar el turno.                                                                                         |
| 15 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.                      | Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad | Se realiza la correspondiente desinfección del área de trabajo antes de empezar a realizar las actividades en el servicio, evitando tener contacto directo por posibles patógenos dentro las instalaciones. |
| 16 | Asistir al Comité Institucional y técnico Distrital de infecciones intrahospitalarias.                                     |                                                                                                        | se verifica junto al personal de epidemiologia que el servicio esta en la condiciones adecuadas para realizar las actividades correspondientes.                                                             |

**Observaciones:**

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.  
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

C.C.

1,018,499,423

de

BOGOTA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

NOMBRE:

NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA

CARGO:

ENFERMERA

FIRMA



| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                  |                                             |              |                        |                                    |  |  |  |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|--------------|------------------------|------------------------------------|--|--|--|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                 | DIRECCIÓN                                   | TÉLEFONO     | CORREO                 | EXONERADO PAGO PARAISCALES Y SALUD |  |  |  |
| DC                  | 101648423         | DAYANA KARINA ARGUELLO RODRIGUEZ | calles 61 sur #79 b 30<br>Bloque C13 Apt002 | 3 123625009  | dayanakarina@gmail.com | CUIDAD / MUNICIPIO                 |  |  |  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                  | CÓDIGO                                      | DEPARTAMENTO | BOGOTÁ D.C.            |                                    |  |  |  |
| UNICA               | 1 - Independiente |                                  |                                             |              | BOGOTÁ D.C.            |                                    |  |  |  |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| DATOS DE LA PLANILLA                              |               |               |                                             |                 |               |           |
|---------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------------------------------------|-----------------|---------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA<br><small>(DIA/MES/AÑO)</small> | PERIODO SALUD | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO.<br><small>(DIA/MES/AÑO)</small> | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |           |
|                                                   |               |               |                                             |                 | EMPAREJADOS   | UPC       |
|                                                   |               |               |                                             |                 | 1             | 0         |
|                                                   |               |               |                                             |                 | TOTAL A PAGAR | \$993,300 |

| TOTALES SALUD |                         |                 |         |
|---------------|-------------------------|-----------------|---------|
| Código EPS    | Nombre                  | Salud Total EPS | EPS012  |
|               | NIT                     | 8001309074      | 149.300 |
|               | Colectación Obligatoria |                 |         |

## TOTALS PENSION

| Código AFP                                   | Nombre       | NIT         | Colaboradora | Colaboración | 191.000 | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsidencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|----------------------------------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|---------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 25-14                                        | Calpensiones | 800338004-7 |              |              | 191.000 | 0                          | 0                           | 0                        | 0                        | 0         | 0                     | 0              | 191.000       | 1             |
| <p align="center"><b>TOTALES PENSION</b></p> |              |             |              |              |         |                            |                             |                          |                          |           |                       |                |               |               |

|                           |                     |             |                          |
|---------------------------|---------------------|-------------|--------------------------|
| 14-7                      | Seguros Bolívar S.A | 860002503-2 | 20/100                   |
| Código ARL                | Nombre              | NIT         | Colización<br>Obligación |
| TOTALES RIESGOS LABORALES |                     |             |                          |

| Incapacidades | No. Autorización | Valor  |
|---------------|------------------|--------|
| Aportes Otros | Valor Neto       | 29,100 |
| Sistemas      | Cotización       | 0      |
|               | Días             | 0      |
|               | Mora             | 0      |
|               | Valor Mora       | 0      |
|               | Cotización       | 29,100 |
|               | Subtotal         |        |
|               | No. Radicado     |        |
|               | Saldo a Favor    |        |
|               | Favor            |        |
|               | Valor Saldo a    |        |
|               | Fondo            |        |
|               | Solidaridad      | 29,100 |
|               | Total a Pagar    | 29,100 |
|               | No. Afiliados    | 1      |

|              |        |               |                |
|--------------|--------|---------------|----------------|
| Código CCF   | Nombre |               | Compensar Caja |
| CCF24        | NT     | Valor A porta |                |
| TOTALS CAJAS |        |               |                |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| SEMA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                       |                                        |               |
|------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras<br>No. Reportadas | Valor antes de IGE, LMA,<br>IRP y MORA | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                                     | 149,300                                | 149,300       |
| Pamplon                | 1                                     | 191,000                                | 191,000       |
| Riesgos Laborales      | 1                                     | 29,100                                 | 29,100        |
| CCF                    | 1                                     | 23,900                                 | 23,900        |
| ESAP                   | 0                                     | 0                                      | 0             |
| ICBF                   | 0                                     | 0                                      | 0             |
| MEN                    | 0                                     | 0                                      | 0             |
| SEMA                   | 0                                     | 0                                      | 0             |
| TOTALES                | 4                                     | 393,300                                | 393,300       |