| | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 3 |
|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/05/2017 |
| | | Código | 04-M3-FO-0003 |

| Ubicación del Servicio: | ENFERMERIA | | | | Sede: KENNEDY | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 1161-2018 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 4 | 2018 | | 30 | 4 | 2018 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MARIA ELENA BARON OCHOA | | C. C. | 52.519.600 | | DE | BOGOTA | | |

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __ NO ____ Servicios: SI _X_ NO ____

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| ACTIVIDADES BÁSICAS: 1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades. 2.Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento. 3.Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente. 4.Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada. 5.Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma. 6.Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales. 7.Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados. 8.Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados. 9. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratados y responder por el ejercicio de las actividades delegadas con que queda exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados. 10. Optimizar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades. | 100% | 1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades.<br>2-Realizar procedimiento basicos de enfermeria a pacientes asignados. 3-Preparar paciente para exameneres especiales y/o medios diagnosticos 4-Asistir al paciente en sus actividades basicas | 1-Anecdotario<br>2-Bitacora de procedimientos<br>3-Bitacora de procedimientos<br>4-Bitacora de procedimientos |
| REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES: 11. Efectuar oportuna y diariamente, registros de todos los cuidados de enfermería. 12.Registrar en | 100% | 1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronologicamente | 1-Lista de verificacion |
| RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 13. Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes. | 100% | 1-Realizar recibo y entrega de turno | 1- Libro de recibo y entrega de turno con asignacion diaria |
| RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: 17. Atender las necesidades del equipo de trabajo. 18.Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia. 19.Respetar los derechos del paciente y cumple el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud estén obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización. 20. Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo. 21. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes. | 100% | 1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio | 1-Bitacora y/o lista de verificacion |
| EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD: 22. Aplicar los principios de técnica aséptica. 23. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos. 24. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencias y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento. | 100% | 1-Usa los elementos de proteccion personal<br>2-Realiza aseo y desinfeccion de camas,camillas e inmobiliario de paciente | 1-Anecdotario<br>2-Lista de verificacion aseo y desinfeccion |
| MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION: 25. Vigilar y informar faltantes del inventario. 26.Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales. 27. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales. 28. Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.29. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función. -30. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo. -31.Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan. | 100% | 1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato<br>2-Custodia historias clinicas de pacientes asignados | 1-Libro de inventario<br>2-Registro del traslado de historias clinicas de la unidad |
| CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: 31. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 32. Participar en el diagnóstico de necesidades de capacitación al interior de su área, para su posterior realización | 100% | 1-Asiste a las capacitaciones programadas en la USSK | 1-Formato de asistencia de capacitacion |

OBSERVACIONES: 186 HORAS LABORADAS

TOTOAL A PAGAR: $ 1.576.350 UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE

MARIA ELENA BARON OCHOA CC 52519600 — Maria I Baron O

ANA TULIA RINCON SALCEDO — AnaRincon

Scanned with CamScanner

...ompensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

| | |
|---|---|
| **Señor(a):** | MARIA ISMENIA BARON OCHOA |
| **No. Identificación:** | CC52519600 |
| **Dirección:** | CALLE 93 A SUR N 0 87 |
| **Telefono:** | 1234567 |
| **Correo:** | dani-281209@hotmail.com |
| **Ciudad:** | BOGOTÁ, D.C. |
| **Número de Planilla:** | 26822951 |

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | MARIA ISMENIA BARON OCHOA |
| **Tipo y número de identificación** | CC52519600 |
| **Número de planilla** | 26822951 |
| **Fecha pago** | 2018-04-09 |
| **Número de autorización pago** | 195590 |
| **Banco** | 1083 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | abril de 2018 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | abril de 2018 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 240300 |
| **Total Intereses de Mora** | 1200 |

PAGADA
26822951

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | 16200 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 125600 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 98200 | 1 |

| | |
|---|---|
| TIPO DOC.: | CC |
| NO. DOCUMENTO: | 52519600 |
| APELLIDOS Y NOMBRES: | MARIA ISMENIA BARON OCHOA |

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 25-14 | 781242 | 781242 | 781242 | 0 | 97700 | 0 | 125000 | 0 | 19100 | 0 |

Maria I Baron O.

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

Scanned with CamScanner

## MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

### CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

#### INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
#### DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

| TIPO ID | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

No records to display.

#### DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

| TIPO ID | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

No records to display.

#### DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

| TIPO ID | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 52519680 | BARON | OCHOA | MARIA | ESMENDA | 2018-03 | COMPENSAR E.P.S. | COTIZANTE |
| CC | 52519680 | BARON | OCHOA | MARIA | ESMENDA | 2017-06 | COMPENSAR E.P.S. | BENEFICIARIO |

#### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODO COMPENSADO | FECHA DE AFILIACIÓN | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | NOMINA |
|---|---|---|---|---|---|
| COMPENSAR E.P.S. | 03/2018 ✓ | 31/03/2017 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 02/2018 | 31/03/2017 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 01/2018 | 31/03/2017 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 12/2017 | 31/03/2017 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 11/2017 | 31/03/2017 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 10/2017 | 31/03/2017 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 09/2017 | 31/03/2017 | 30 | COTIZANTE | 4023 |

Maria I Baron O.

Scanned with CamScanner

| | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA | Versión | 3 |
|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 13/02/2018 |
| | | Código | 04-02-FO-0002 |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MARIA ISMENIA BARON OCHOA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO | 52.519.600 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | deni.281209@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3125627924 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SEDE KENNEDY | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ENFERMERIA | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | 5410 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | CAJA SOCIAL | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA: | 24059817282 | | | | | | | | PENSIONADO: | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1161-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO: | 3 DE 3 | | | | | | |
| NUMERO DE CDP: | 33 | FECHA: | 12/01/2018 | NUMERO DE CRP: | 9366 | FECHA: | 31/01/2018 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 1 | 4 | 2018 | | 30 | 4 | 2018 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.576.350 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS: | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2%: | $0 | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES: 186 HORAS LABORADAS | | | | | | | | | | | |

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $4.729.050 |
| VALOR EJECUTADO: | $4.729.050 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | $1.576.350 |
| VALOR A LIBERAR: | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 100% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $1,953,105 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 26822951 | $781.242,00 | $97.700 | $125.000 | 3 | $19.100 | $241.800 |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de ABRIL del año Dos Mil Diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANA TULIA RINCON SALCEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARIA ISMENIA BARON OCHOA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned with CamScanner