

**1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO**

|                         |                             |                           |            |                            |                         |                 |
|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------|----------------------------|-------------------------|-----------------|
| No. CONTRATO - OPS:     | PS 3391                     | C.D.P. No.:               | 13         | Proceso al que pertenece:  | AMBULATORIO- ENFERMERIA |                 |
|                         |                             |                           |            | Unidad a la que pertenece: | UMHES VICTORIA          |                 |
| Nombre del Contratista: | ANDREA CAROLINA MUÑOZ ROJAS |                           |            | C.C.                       | 52.729.520              | de: Bogota      |
| Fecha Inicio:           | 2020-02-01                  | Fecha Terminación Inclal: | 2020-07-31 | Valor Mensual:             | \$ 1.550.400            | Valor a cobrar: |
|                         |                             |                           |            |                            | \$ 1.163.088            |                 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|------------------|---------------|-----|-----------------|----------------------|
| 1                |               |     |                 |                      |
| 2                |               |     |                 |                      |
| 3                |               |     |                 |                      |
| 4                |               |     |                 |                      |
| 5                |               |     |                 |                      |
| 6                |               |     |                 |                      |
| 7                |               |     |                 |                      |
| 8                |               |     |                 |                      |
| 9                |               |     |                 |                      |
| 10               |               |     |                 |                      |
| 11               |               |     |                 |                      |
| 12               |               |     |                 |                      |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|--------|------------------------|---------------|-----------------------------|--------------------|
| 1      | FEBRERO                | \$ 1.647.708  | \$ 272.100                  | 9402695671         |
| 2      | MARZO                  | \$ 1.671.939  | \$ 271.700                  | 9403782162         |
| 3      | ABRIL                  | \$ 1.647.708  | \$ 271.700                  | 9404574695         |
| 4      | MAYO                   | \$ 1.575.015  | \$ 271.700                  | 9405828477         |
| 5      | JUNIO                  | \$ 1.163.088  | \$ 271.700                  | 9407155444         |
| 6      |                        |               |                             |                    |
| 7      |                        |               |                             |                    |
| 8      |                        |               |                             |                    |
| 9      |                        |               |                             |                    |
| 10     |                        |               |                             |                    |
| 11     |                        |               |                             |                    |
| 12     |                        |               |                             |                    |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
|                     | \$ 9.692.400               | \$ 9.692.400             | \$ 7.705.458     | \$ 1.986.942       |

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

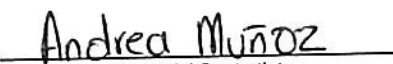
**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS PROCESOS DE GESTION AMBULATORIA Y RIESGO, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-06-01 Hasta: 2020-06-30

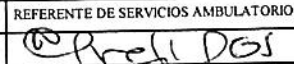
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las estipuladas en la minuta) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                          | PRODUCTO O EVIDENCIA                                               |
| 1                                                          | Prestar sus servicios como auxiliar de enfermería, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en actualización de bases de datos, asignación de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunación, esterilización, desinfección de consultorios y | Cumple con la actividad desde el servicio de vacunación intramural y las demás áreas donde se le asigne sus actividades, registra oportunamente y aplica los protocolos establecidos por la Sub Red en cada una de sus actividades. | Nota de Enfermería de historia clínica                             |
| 2                                                          | Apoyar los procesos relacionados con SIVIGILA, IAAS, BAI, EEEV y seguimiento a cohortes.                                                                                                                                                                                                        | Cumple con la actividad entregando oportunamente la información relacionada desde su área a los entes de control interno y externo.                                                                                                 | Informe mensual a PAI de la Subred                                 |
| 3                                                          | Realizar actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred.                                                                                                                                                                                                 | Se realiza la actividad desde el proceso asignado a las usuarias que lo requieren.                                                                                                                                                  | Nota de Enfermería de historia clínica                             |
| 4                                                          | Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales.                                                                                                                                                                              | Se realiza esta actividad, aplica los protocolos y guías.                                                                                                                                                                           | Se Evidencia en las actas de visita de infecciones y epidemiología |
| 5                                                          | Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.                                                                                                                                                               | Cumple con la actividad, se refleja en el registro de los usuarios atendidos y las notas de enfermería.                                                                                                                             | Actas de visita de Vacunacion PAI                                  |
| 6                                                          | Realizar de manera oportuna y eficaz las funciones específicas mencionadas con el objeto de garantizar la adecuada atención de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera constante en la " Ruta Materno Perinatal" y la ruta integral de       | Cumple con la actividad, se refleja en el registro de los usuarios atendidos y las notas de enfermería.                                                                                                                             | Nota de Enfermería de historia clínica                             |

Observaciones:

  
Firma del Contratista

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. 52.729.520 de Bogota

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS |                                                                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE:                             | DIANA ISABEL MORA MORALES                                                           |
| CARGO:                              | REFERENTE DE SERVICIOS AMBULATORIOS                                                 |
| FIRMA                               |  |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                             |                 |                    |                  |                     |                        |                       |  |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------|-----------------|--------------------|------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|--|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion        | Ciudad-Departamento | Teléfono               | Exonerado SENA e ICBF |  |
| CC 5279920                        |         | MUÑOZ ROJAS ANDREA CAROLINA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | KR 12B 32A-405UR | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 2933871                | No                    |  |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                             |                 |                    |                  |                     |                        |                       |  |
| Periodo                           |         | Clave                       | Tipo            | Fecha              | Pago             | PAGO                |                        |                       |  |
| Pensión                           | Salud   | Pago                        | Planilla        | Limite             | Pago             | Banco               | Dias Mora              | Valor                 |  |
| 2020-05                           | 2020-05 | 43093258                    | 9407155444      | 2020/06/04         | 2020/06/09       | BANCO DE OCCIDENTE  | 5                      | \$271,700             |  |
| RESUMEN DE PAGO                   |         |                             |                 |                    |                  |                     |                        |                       |  |
| RIESGO                            | CODIGO  | NIT                         | DV              | AFILIADOS          | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA      | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR         |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                             |                 |                    |                  |                     |                        |                       |  |
| PORVENIR                          | 230301  | 800,224,808                 | 8               | 1                  | \$140,500        | \$0                 | \$0                    | \$140,500             |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                             |                 |                    |                  |                     |                        |                       |  |
| ARL SURA                          | 14-11   | 890,903,790                 | 5               | 1                  | \$21,400         | \$0                 | \$0                    | \$21,400              |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                             |                 |                    |                  |                     |                        |                       |  |
| COMPENSAR                         | EP5008  | 860,066,942                 | 7               | 1                  | \$109,800        | \$0                 | \$0                    | \$109,800             |  |
| <b>TOTAL</b>                      |         |                             |                 | <b>1</b>           | <b>\$271,700</b> | <b>\$0</b>          | <b>\$0</b>             | <b>\$271,700</b>      |  |