

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                          |        |                           |                    |                                 | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|---------------------------|--------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE         |        | DIRECCIÓN                 | TELÉFONO           | CORREO                          |                                           |
| CC                  | 1015450893        | LUZ STELLA VARGAS PINEDA |        | CALLE 90A SUR # 21-04ESTE | 7115965            | luzstellavargaspineda@gmail.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 |     |
| 2020-09              | 2020-09                           | I             | 30/09/2020               | 45551412        | \$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 |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 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 |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 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 Bolívar S.A. | 860002503-2 | 21.400                 |                  |       |                        | 21.400                | 0         | 0                     | 21.400              |                            |                     | 214               | 21.400        | 1             |

[illegible]

| 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              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>271.700</b>                      | <b>271.700</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                          |        |                           |                    |                                 |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|---------------------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE         |        | DIRECCIÓN                 | TELÉFONO           | CORREO                          |
| CC                  | 1015450893        | LUZ STELLA VARGAS PINEDA |        | CALLE 90A SUR # 21-04ESTE | 7115965            | luzstellavargaspineda@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL          | CÓDIGO | DEPARTAMENTO              | CIUDAD / MUNICIPIO |                                 |
| ÚNICA               | I – Independiente |                          |        | BOGOTÁ D. C.              | BOGOTÁ, D.C.       |                                 |

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

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          |
| 2020-09              | 2020-09                           | I             | 30/09/2020               | 45551412        | \$271.700              |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                          |           |         |            |                 |                       |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |     |            |                   |         |            |                      |                      |                                |                                 |              |         |                        |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------|-----------|---------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|------------|-------------------|---------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|---------|------------------------|----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                          |           |         |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     | SALUD |     |            | RIESGOS LABORALES |         |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |         |                        |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres      | Cotizante | Subjugo | Extranjero | Cotiz. exterior | Exonerado             | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | Vsp | VST     | SEN | ROE | MAA | UVA | APP | UVT   | REL | CORRECCIÓN | Cód. AFP          | IBC AFP | Cotización | Voluntari o 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   | 1015450893            | VARGAS PINEDA LUZ STELLA | 59        | 0       |            |                 | N                     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |     |            | 230301            | 877.803 | 140.500    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008       | 877.803 | 109.800                | 14-7     | 877.803 | 3               | 21.400     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

### 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

|                         |                          |                            |            |                            |               |                 |              |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|------------|----------------------------|---------------|-----------------|--------------|
| No. CONTRATO - OPS:     | PS 5979 2020             | C.D.P. No.:                | 2982       | Proceso al que pertenece:  | ENFERMERÍA    |                 |              |
|                         |                          |                            |            | Unidad a la que pertenece: | VICTORIA      |                 |              |
| Nombre del Contratista: | LUZ STELLA VARGAS PINEDA |                            |            | C.C.                       | 1,015,450,893 | de:             | BOGOTÁ D.C.  |
| Fecha Inicio:           | 2020-09-24               | Fecha Terminación inicial: | 2020-11-30 | Valor Mensual:             | \$ 1,980,000  | Valor a cobrar: | \$ 1,980,000 |

| ADICIÓN/<br>OTRO SI | VALOR<br>ADICIÓN | CDP  | FECHA DE<br>INICIO | FECHA DE<br>TERMINACIÓN |
|---------------------|------------------|------|--------------------|-------------------------|
| 1                   | \$ 1,628,000     | 3444 | 2020-09-24         | 2020-11-30              |
| 2                   |                  |      |                    |                         |
| 3                   |                  |      |                    |                         |
| 4                   |                  |      |                    |                         |
| 5                   |                  |      |                    |                         |
| 6                   |                  |      |                    |                         |
| 7                   |                  |      |                    |                         |
| 8                   |                  |      |                    |                         |
| 9                   |                  |      |                    |                         |
| 10                  |                  |      |                    |                         |
| 11                  |                  |      |                    |                         |
| 12                  |                  |      |                    |                         |
| 13                  |                  |      |                    |                         |
| 14                  |                  |      |                    |                         |
| 15                  |                  |      |                    |                         |
| 16                  |                  |      |                    |                         |
| 17                  |                  |      |                    |                         |
| 18                  |                  |      |                    |                         |
| 19                  |                  |      |                    |                         |
| 20                  |                  |      |                    |                         |
| 21                  |                  |      |                    |                         |
| 22                  |                  |      |                    |                         |

| Nº<br>CTA | MES DE<br>CUENTA DE<br>COBRO | VALOR A<br>PAGAR | VALOR PAGO<br>SEGURIDAD<br>SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|-----------|------------------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------|
| 1         | SEPTIEMBRE 2020              | \$ 3,004,263     | \$ 346,500                        | 44923544-44957030  |
| 2         | OCTUBRE                      | \$ 1,980,000     | \$ 271,700                        | 45551412           |
| 3         |                              |                  |                                   |                    |
| 4         |                              |                  |                                   |                    |
| 5         |                              |                  |                                   |                    |
| 6         |                              |                  |                                   |                    |
| 7         |                              |                  |                                   |                    |
| 8         |                              |                  |                                   |                    |
| 9         |                              |                  |                                   |                    |
| 10        |                              |                  |                                   |                    |
| 11        |                              |                  |                                   |                    |
| 12        |                              |                  |                                   |                    |
| 13        |                              |                  |                                   |                    |
| 14        |                              |                  |                                   |                    |
| 15        |                              |                  |                                   |                    |
| 16        |                              |                  |                                   |                    |
| 17        |                              |                  |                                   |                    |
| 18        |                              |                  |                                   |                    |
| 19        |                              |                  |                                   |                    |
| 20        |                              |                  |                                   |                    |
| 21        |                              |                  |                                   |                    |
| 22        |                              |                  |                                   |                    |

|                     |                               |                             |                  |                    |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------|
| Resumen de contrato | VALOR INICIAL<br>DEL CONTRATO | VALOR TOTAL<br>DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|                     | \$ 3,784,000                  | \$ 5,412,000                | \$ 4,984,263     | \$ 427,737         |

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

#### OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-10-01 Hasta: 2020-10-31

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las estipuladas en la minuta) |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                                                                                         |                                        |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                         | PRODUCTO O EVIDENCIA                   |
| 1                                                          | 1. Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.                                                                                                                                    | Se desarrollaron las actividades contractuales de acuerdo al cronograma para el mes de octubre del 2020                                                                                            | Programacion de Turnos                 |
| 2                                                          | 2. Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermería y protocolo institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clínica digital. | Se realizo la toma al 100% de los pacientes asignados el mes de octubre del 2020                                                                                                                   | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 3                                                          | 3. Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento.                                                                                                    | Se realizo la preparacion al 100% de los pacientes asignados el mes de octubre del 2020                                                                                                            | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 4                                                          | 4. Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.                                                                                                                                                       | El 100% de las actividades derivadas del plan de cuidado de enfermería se realizaron teniendo en cuenta las practicas seguras el mes de octubre del 2020                                           | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 5                                                          | 5. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.                                                                                                                                            | Se realizo el reportes de los sucesos de seguridad identificados en el mes de octubre del 2020                                                                                                     | Aplicativo Almera                      |
| 6                                                          | 6. Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.                                                                                                                                 | Se garantizo el reporte del 100% de las desviaciones en la evolucion del paciente al equipo de trabajo el mes de octubre del 2020                                                                  | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 7                                                          | 7. Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente.                                                                                                           | Se realizo la revision de las historias clinica del 100% de los pacientes asignados en el mes de octubre del 2020                                                                                  | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 8                                                          | 8. Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno.                                                                                                                                                                                                   | Se garantizo el proceso de limpieza y desinfeccion, rutinaria y terminal de las unidades del paciente asi como de las diferentes areas del servicio durante el mes de octubre del 2020             | Formatos de Limpieza y desinfeccion    |
| 9                                                          | 9. Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las variables correctamente y dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y mantener organizadas las historias clínicas de acuerdo al Manual y normatividad vigente de la Entidad                            | Se realizo el registro de las actividades realizadas en los pacientes asignados en el aplicativo de Dinamica y en los formatos en fisico ante fallas en el sistema para el mes de octubre del 2020 | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 10                                                         | 10. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.                                                                                                                             | Se garantizo el cumplimiento de las mormas institucionales en el mes de octubre del 2020                                                                                                           |                                        |

|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                         |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 11                                                                                                                                                                        | 11. Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades. | Se realizo la revision diaria del inventario correspondiente al area en el mes de octubre del 2020                                                                                                      | Libro de Inventario servicios                             |
| 12                                                                                                                                                                        | 12. Cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.                                                                                   | Se realizaron las actividades contractuales teniendo en cuenta los documentos institucionales relacionados con los procesos de enfermería en el mes de octubre de 2020                                  |                                                           |
| 13                                                                                                                                                                        | 13. Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.                                                                                                                                                      | Se realizo la participacion en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de octubre del 2020                                                                                               | Listado de Asistencia                                     |
| 14                                                                                                                                                                        | 14. Realizar la desinfección de manera oportuna de la unidad del paciente de acuerdo a los protocolos institucionales.                                                                                                    | Se garantizo el proceso de limpieza y desinfeccion, rutinaria y terminal de las unidades del paciente asi como de las diferentes areas del servicio durante el mes de octubre del 2020                  | Formatos de Limpieza y desinfeccion                       |
| 15                                                                                                                                                                        | 15. Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento.                                                                                           | Se realizo la toma de muestras de laboratorio al 100% de los pacientes asignados y que requirieron la necesidad de la toma en el mes de octubre del 2020                                                | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica                    |
| 16                                                                                                                                                                        | 16. Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso.                                                                                                         | Se realizo la asistencia en la alimentación a los pacientes asignados con grado de dependencia de enfermería conservando las precauciones establecidas en el mes de octubre del 2020                    | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica                    |
| 17                                                                                                                                                                        | 17. Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados de acuerdo al protocolo institucional.                                                             | Se realizo el control de liquidos administados y eliminados al 100% de los pacientes asignados en el mes de octubre del 2020                                                                            | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica                    |
| 18                                                                                                                                                                        | 18. Portar el uniforme deteniendo en cuenta las normas higiene y bioseguridad de la Subred.                                                                                                                               | Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades para el mes de octubre del 2020                                                                                          | Cocepto coordinadora                                      |
| 19                                                                                                                                                                        | 19. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.                                                                            | Se garantizo la atencion del paciente con calidad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados en el mes de octubre del 2020 y no hay reporte de PQR relacionados con la prestacion de mi servicio | reportes de PQR                                           |
| 20                                                                                                                                                                        | 20. Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente.                                                                          | Se garantizo la educacion e informacion al 100% de los pacientes asignados incluido su familia en el mes de octubre del 2020                                                                            | Registro formato de educacion ubicado en Historia clinica |
| 21                                                                                                                                                                        | 21. Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes.                                                                                                                                            | Se garantizo el 100% de confidencialidad de la informacion de los pacientes asignados en el mes de octubre del 2020                                                                                     |                                                           |
| 22                                                                                                                                                                        | 22. Ejercer las actividades propias de la formación técnica de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.                                                | El 100% de las actividades realizadas a los pacientes asignados se realizaron teniendo en cuenta las competencias tecnicas el mes de octubre del 2020                                                   |                                                           |
| Observaciones:                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                         |                                                           |
| 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 |                                                                                                                                                                                                                           | <div style="text-align: center;">Firma del Contratista</div>                                                                                                                                            |                                                           |
|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                           | C.C. 1,015,450,893                                                                                                                                                                                      | de BOGOTÁ D.C.                                            |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS |  |
|-------------------------------------|--|
| NOMBRE:                             |  |
| CARGO:                              |  |
| FIRMA                               |  |