

### 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 2135 2020 C.D.P. No.: 11 Proceso al que pertenece: PROCESO ASISTENCIAL - ENFERMERIA  
Unidad a la que pertenece: UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ C.C. 79 825 533 de: BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2020-02-01 Fecha Terminación inicial: 2020-07-31 Valor Mensual: \$ 1.728.384 Valor a cobrar: \$ 1.728.384

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|------------------|---------------|-----|-----------------|----------------------|
| 1                | \$ 1.242.276  |     | 2020-08-01      | 2020-08-31           |
| 2                |               |     |                 |                      |
| 3                |               |     |                 |                      |
| 4                |               |     |                 |                      |
| 5                |               |     |                 |                      |
| 6                |               |     |                 |                      |
| 7                |               |     |                 |                      |
| 8                |               |     |                 |                      |
| 9                |               |     |                 |                      |
| 10               |               |     |                 |                      |
| 11               |               |     |                 |                      |
| 12               |               |     |                 |                      |
| 13               |               |     |                 |                      |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|--------|------------------------|---------------|-----------------------------|--------------------|
| 1      |                        |               |                             |                    |
| 2      | FEBRERO                | \$ 1.404.312  | \$ 271.700                  | 8340214754         |
| 3      | MARZO                  | \$ 1.728.384  | \$ 272.500                  | 40856425           |
| 4      | ABRIL                  | \$ 1.620.360  | \$ 271.700                  | 41539637           |
| 5      | MAYO                   | \$ 1.620.360  | \$ 271.700                  | 42629403           |
| 6      | JUNIO                  | \$ 1.512.336  | \$ 271.700                  | 43307570           |
| 7      | JULIO                  | \$ 1.728.384  | \$ 271.700                  | 44146751           |
| 8      |                        |               |                             |                    |
| 9      |                        |               |                             |                    |
| 10     |                        |               |                             |                    |
| 11     |                        |               |                             |                    |
| 12     |                        |               |                             |                    |
| 13     |                        |               |                             |                    |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 10.316.292              | \$ 11.558.568            | \$ 9.614.136     | \$ 1.944.432       |

### 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 AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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 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 Julio del 2020.                                                                                            | Programación 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 registradas en la historia clínica digital. | Se realizó la toma al 100% de los pacientes asignados el mes de Julio del 2020.                                                                                                                   | Historias Clínicas Aplicativo Dinámica                    |
| 3                                                          | 3. Visitar y preparar a los pacientes para exámenes diagnósticos de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento.                                                                                                 | Se realizó la preparación al 100% de los pacientes asignados el mes de Julio del 2020.                                                                                                            | Historias Clínicas Aplicativo Dinámica                    |
| 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 prácticas seguras el mes de Julio del 2020.                                           | Historias Clínicas Aplicativo Dinámica                    |
| 5                                                          | 5. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.                                                                                                                                         | Se realizó el reporte de los sucesos de seguridad identificados en el mes de Julio 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 garantizó el reporte del 100% de las desviaciones en la evolución del paciente al equipo de trabajo el mes de Julio del 2020.                                                                  | Historias Clínicas Aplicativo Dinámica                    |
| 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 realizó la revisión de las historias clínicas del 100% de los pacientes asignados en el mes de Julio del 2020.                                                                                 | Historias Clínicas Aplicativo Dinámica                    |
| 8                                                          | 8. Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno.                                                                                                                                                                                                | Se garantizó el proceso de limpieza y desinfección, rutinaria y terminal de las unidades del paciente así como de las diferentes áreas del servicio durante el mes de Julio del 2020.             | Formatos de Limpieza y desinfección                       |
| 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 realizó el registro de las actividades realizadas en los pacientes asignados en el aplicativo de Dinámica y en los formatos en físico ante faltas en el sistema para el mes de Julio del 2020. | Historias Clínicas Aplicativo Dinámica                    |
| 10                                                         | 10. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales.                                                                                                                          | Se garantizó el cumplimiento de las normas institucionales en el mes de Julio 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 encuentran desarrollando las actividades.                                                          | Se realizó la revisión diaria del inventario correspondiente al área en el mes de Julio 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 Julio del 2020.                            |                                                           |
| 13                                                         | 13. Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.                                                                                                                                                                                                                | Se realizó la participación en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de Julio 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 garantizó el proceso de limpieza y desinfección, rutinaria y terminal de las unidades del paciente así como de las diferentes áreas del servicio durante el mes de Julio del 2020.             | Formatos de Limpieza y desinfección                       |
| 15                                                         | 15. Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de aplicar el tratamiento.                                                                                                                                                      | Se realizó la toma de muestras de laboratorio al 100% de los pacientes asignados y que requirieron la necesidad de la toma en el mes de Julio del 2020.                                           | Historias Clínicas Aplicativo Dinámica                    |
| 16                                                         | 16. Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso.                                                                                                                                                                   | Se realizó la asistencia en la alimentación a los pacientes asignados con grado de dependencia de enfermería conservando las precauciones establecidas en el mes de Julio del 2020.               | Historias Clínicas Aplicativo Dinámica                    |
| 17                                                         | 17. Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados de acuerdo al protocolo institucional.                                                                                                                       | Se realizó el control de líquidos administrados y eliminados al 100% de los pacientes asignados en el mes de Julio del 2020.                                                                      | Historias Clínicas Aplicativo Dinámica                    |
| 18                                                         | 18. Portar el uniforme de acuerdo en cuenta las normas higiénicas y bioseguridad de la Subred.                                                                                                                                                                                      | Se realizó el uso adecuado del uniforme durante la programación de actividades para el mes de Julio del 2020.                                                                                     | Concepto 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 garantizó la atención del paciente con calidez y humanización a los pacientes asignados en el mes de Julio del 2020 y no hay reporte de POR relacionados con la prestación de mi servicio.     | Reportes de POR                                           |
| 20                                                         | 20. Impartir educación al paciente y a la familia sobre las cuidados específicos a tener en caso de acuerdo a la evolución clínica del paciente.                                                                                                                                    | Se garantizó la educación e información al 100% de los pacientes asignados incluido su familia en el mes de Julio del 2020.                                                                       | Registro formato de educación ubicado en Historia clínica |
| 21                                                         | 21. Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes.                                                                                                                                                                                                      | Se garantizó el 100% de confidencialidad de la información de los pacientes asignados en el mes de Julio del 2020.                                                                                |                                                           |
| 22                                                         | 22. Ejecutar 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 técnicas el mes de Julio del 2020.                                              |                                                           |

Observaciones:

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

C.C. 79 825 533 de BOGOTÁ

*Wilson Ramirez*  
Firma del Contratista

#### VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE: *Fátima P. Clavijo Q.*  
CARGO: C.C. No. 57.431.204 Bta Enfermera P.U.J.  
FIRMA: *Fátima P. Clavijo Q.*

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |                     |                    |                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|---------------------|--------------------|---------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO              |
| CC                  | 79825533          | JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ |        | cr 5 b 48 j -13 sur | 3125766472         | gasparirm@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL           | CÓDIGO | DEPARTAMENTO        | CIUDAD / MUNICIPIO |                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                           |        | BOGOTÁ D. C.        | BOGOTÁ, D.C.       |                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                 |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD        |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS    UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1            0  |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR   |
| 2020-07              | 2020-07                           | I             | 03/08/2020               | 44310094        | \$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 |           |                       |                |               |               |
| EPS017        | Famisanar EPS | 830003564-7 | 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 |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 21.400                 |                  |       |                        | 21.400                | 0         | 0                     | 21.400              |                            |                     | 214               | 21.400        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|---------------|--------|--|--|--|--|-----|--------------|-----------|-------------------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  |  | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 109.800                             | 109.800       |
| Pensión                | 1                              | 140.500                             | 140.500       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 21.400                              | 21.400        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 271.700                             | 271.700       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |                     |                    |                                           |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO                                    |
| CC                  | 79825533          | JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ |        | cr 5 b 48 j -13 sur | 3125766472         | gasparirm@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<br>NO |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS<br>UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1<br>0           |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR    |
| 2020-07              | 2020-07                           | I             | 03/08/2020               | 44310094        | \$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 | UMA | UMA | UMA | UMA   | UMA | UMA | UMA               | UMA   | 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   | 79825533              | ramírez muñoz jose wilson | 59        | 0       |            |                 | N         |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |     |     |                   | 25-14 | 877.803  | 140.500 | 0          | 0                    | 0                    | 0                              | EPS017                          | 877.803  | 109.800 | 14-23                  | 877.803  | 3       | 21.400          |            | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA