

### DATOS GENERALES DEL CONTRATO

Nº CONTRATO: 000

FECHA: 2020-07-01

FECHA DE FIRMAS: 2020-07-01

Proveer el que pertenece: ENFERMERIA

Unidad a la que pertenece: VA. GUAYANA

Valor Mensual: \$ 4.012.000

Valor a cobrar: \$ 2.984.320

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE CORRIENTE | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|--------|----------------------------|---------------|-----------------------------|--------------------|
| 1      | FEBRERO 2020               | \$ 2.984.320  | \$ 402.700                  | 40601665           |
| 2      | MARZO 2020                 | \$ 2.984.320  | \$ 402.700                  | 41270448           |
| 3      | ABRIL 2020                 | \$ 2.984.320  | \$ 402.600                  | 41895068           |
| 4      | MAYO 2020                  | \$ 2.984.320  | \$ 402.600                  | 42203191           |
| 5      | JUNIO 2020                 | \$ 2.984.320  | \$ 402.600                  | 42972119           |
| 6      | JULIO 2020                 | \$ 2.984.320  | \$ 402.600                  | 44035134           |
| 7      |                            |               |                             |                    |
| 8      |                            |               |                             |                    |
| 9      |                            |               |                             |                    |
| 10     |                            |               |                             |                    |
| 11     |                            |               |                             |                    |
| 12     |                            |               |                             |                    |
| 13     |                            |               |                             |                    |
| 14     |                            |               |                             |                    |
| 15     |                            |               |                             |                    |
| 16     |                            |               |                             |                    |
| 17     |                            |               |                             |                    |
| 18     |                            |               |                             |                    |
| 19     |                            |               |                             |                    |
| 20     |                            |               |                             |                    |
| 21     |                            |               |                             |                    |
| 22     |                            |               |                             |                    |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 24.898.000              | \$ 21.688.332            | \$ 15.120.048    | \$ 6.568.284       |

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

OBJETO DEL CONTRATO

PROVEER LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERO(A) JEFES PARA LA EFECTUACIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN ASISTENCIAL, EDUCATIVA Y DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, A LAS NECESIDADES DE LA SALUD INSTITUCIONAL, SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.U.

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

| Nº | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(a la asignación de la misma)                                                                                                                                                                                                                 | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                                                                                                                                |                                        |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                           | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                | PRODUCTO O EVIDENCIA                   |
| 1  | Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado crítico así lo requieran                                                                                                                                                                             | Se garantizó la realización de los cuidados a 100% de los pacientes que por su estado crítico así lo requirieron en el mes de JULIO del 2020                                                                                              | Programación de Turnos                 |
| 2  | Realizar el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas                                                                                                                                                                    | Se realizó el plan de cuidado de enfermería al 100% de los pacientes teniendo en cuenta las necesidades del paciente, los riesgos clínicos, de seguridad y de salud mental en el mes de JULIO del 2020                                    | Historias Clínicas Aplicativo Dinámico |
| 3  | Verificar medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, paratizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten                                                                                                       | Se realizó la identificación de los riesgos al 100% de los pacientes atendidos y se implementaron las acciones preventivas para disminuir el riesgo de la presencia de sucesos de seguridad en JULIO del 2020                             | Aplicativo Almera                      |
| 4  | Administrar medicamentos oportunamente y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas de asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad e informar al                                    | Se realizó la administración de medicamentos al 100% de los pacientes asignados en el mes de mayo del 2020 de acuerdo a lo establecido en el protocolo de administración segura de medicamentos institucional en el mes de JULIO del 2020 | Historias Clínicas Aplicativo Dinámico |
| 5  | Apoyar la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermería y familiares, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermería                                                                                              | Se realizó la supervisión de las actividades del personal de auxiliar de enfermería y camilleros asignado para el servicio en el mes de JULIO del 2020                                                                                    | Libro de novedades                     |
| 6  | Realizar actualización del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento de paciente                                                                                     | Se realizó la revisión y actualización de los Kardex de los pacientes asignados en el mes de JULIO del 2020 de acuerdo a los parámetros establecidos en los protocolos de plan de cuidado de enfermería y entrega de turno                | Historia clínica en físico             |
| 7  | Controlar los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio                                                                                                                                                                           | Se garantizó el uso adecuado de los insumos y medicamentos requeridos en el servicio para el mes de JUNIO del 2020                                                                                                                        | Aplicativo Dinámico                    |
| 8  | Realizar las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del ingreso y planamente cuando así lo amerite                                                                                                                         | Se garantizó la devolución del 100% de los medicamentos e insumos al servicio farmacéutico por el sistema de dinámica y/o formato en físico en el mes de JULIO del 2020                                                                   | Aplicativo Dinámico o formato físico   |
| 9  | Realizar el inventario correspondiente y las horas y fechas acordadas, los pedidos de elementos e insumos necesarios para los pacientes en su respectivo servicio                                                                                                         | Se realizó la solicitud de los elementos e insumos de acuerdo a la necesidad al 100% de los pacientes atendidos en el mes de JULIO de 2020                                                                                                | Aplicativo Dinámico o formato físico   |
| 10 | Participar en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según sea el caso                                                                                                                                                                                | Se realizó participación en la revista médica del 100% de los pacientes críticos atendidos en el mes de JULIO del 2020                                                                                                                    |                                        |
| 11 | Revisar diariamente que los vendajes, drenajes, buretroles y demás elementos invasivos del paciente que manejan según protocolo y se llevan los registros correspondientes correctamente                                                                                  | Se realizó la supervisión de las actividades del personal de auxiliar de enfermería y camilleros asignado para el servicio en el mes de JULIO del 2020                                                                                    |                                        |
| 12 | Realizar la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio                                                                                                                             | Se realizó la programación diaria de asignación de pacientes teniendo en cuenta la ocupación y el grado de dependencia del paciente en el mes de JUNIO de 2020                                                                            | Libro de novedades                     |
| 13 | Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de los casos o posibles brotes infecciosos para toma de conductas que prevengan la presencia o proliferación de enfermedades infecciosas en los servicios | Se realizó el reporte de eventos de interés en salud pública identificados en el servicio en el mes de JULIO del 2020                                                                                                                     | Sistema de Vigilancia                  |
| 14 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio                                                                                                                                                  | Se realizó la supervisión y revisión diaria del inventario correspondiente al área en el mes de JULIO del 2020                                                                                                                            | Libro de inventario                    |
| 15 | Realizar la asignación oportuna de camas para los pacientes que los requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama                                                                                        | Se realizó la asignación de camas de manera oportuna según requerimiento en el mes de JUNIO del 2020                                                                                                                                      | Aplicativo dinámico                    |
| 16 | Cumplir con el cronograma de actividades establecido de mutuo acuerdo con el supervisor del contrato, reportando las novedades presentadas por cada paciente asignado y novedades en equipos e insumos del servicio                                                       | Se desarrollaron las actividades contractuales de acuerdo al cronograma para el mes de JUNIO del 2020                                                                                                                                     | Programación de Turnos                 |



| DATOS DEL APORTANTE |                   | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                          |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| TIPO                | NUMERO            | NOMBRE APORTANTE                    | DIRECCION                |
| CC                  | 53.05352          | G. ORA MERCEDES MAYORCA DIAZ        | CALLE 38 BIS SUR # 38-37 |
| FORMA PRESENTACION  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                     | CODIGO                   |
| UNICA               | 1 - Independiente |                                     |                          |
|                     |                   | TELEFONO                            | CORRIO                   |
|                     |                   | 2656296                             | mayor17@hotmail.com      |
|                     |                   | CIUDAD / MUNICIPIO                  |                          |
|                     |                   | BOGOTA D. C.                        |                          |
|                     |                   | BOGOTA D.C.                         |                          |
|                     |                   | NO                                  |                          |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ANUAL       | FECHA PAGO ADECUADA (DIA MES AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA MES AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
| PERIODO SALDO        | PERIODO PERSONAS                  |               |                          |                 | EMPLAOS       |
|                      |                                   |               |                          |                 | UPC           |
| 2020-06              | 2020-06                           | 1             | 13/07/2020               | 44035134        | 1             |
|                      |                                   |               |                          |                 |               |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$402.299     |

**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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 162.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 162.500       | 1             |

**TOTALES PENSIÓN**

| TOTALES PENSION |                               |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mens | Valor Mens Cotización | Valor Mens FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 208.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 208.000       | 1             |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                      |             |                        |                  |       |                        |                            |      |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|----------------------------|------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre               | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización Mora | Días | 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 | 31.700                 |                  |       |                        | 31.700                     | 0    | 0                     | 31.700              |                            |                     | 317               | 31.700        | 1             |

**TOTALES CAJAS**

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Codigo CCF    | Nombre | MIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |        |     |              |           |                   |               |               |
|               |        |     |              |           |                   |               |               |

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de ICe, LMA, IPR y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 162 500                             | 162 500       |
| Pension                | 1                              | 208 000                             | 208 000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 31 700                              | 31 700        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICeIF                  | 0                              | 0                                   | 0             |
| MLN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SINA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 402 200                             | 402 200       |