

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: **PS 58472020** C.D.F. No.: **10** Proceso al que pertenece: **PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA**  
Unidad a la que pertenece: **UNIDAD SANTA CLARA**  
Nombre del Contratista: **EVELIA DE LAS MERCEDES BARROS LUNA** C.C. **45.469.937** de: **CARTAGENA**  
Fecha Inicio: **2020-09-18** Fecha Terminación inicial: **2020-10-31** Valor Mensual: **\$ 5.400.000** Valor a cobrar: **\$ 5.400.000**

| ADICION<br>Nº OTRO<br>SI | VALOR<br>ADICIÓN | CDP | FECHA DE<br>INICIO | FECHA DE<br>TERMINACIÓN<br>N |
|--------------------------|------------------|-----|--------------------|------------------------------|
| 1                        |                  |     |                    |                              |
| 2                        |                  |     |                    |                              |
| 3                        |                  |     |                    |                              |
| 4                        |                  |     |                    |                              |
| 5                        |                  |     |                    |                              |
| 6                        |                  |     |                    |                              |
| 7                        |                  |     |                    |                              |
| 8                        |                  |     |                    |                              |
| 9                        |                  |     |                    |                              |
| 10                       |                  |     |                    |                              |
| 11                       |                  |     |                    |                              |
| 12                       |                  |     |                    |                              |
| 13                       |                  |     |                    |                              |
| 14                       |                  |     |                    |                              |
| 15                       |                  |     |                    |                              |

| Nº CTA | MES DE<br>CUENTA DE<br>CORRO | VALOR A<br>PAGAR | VALOR PAGO<br>SEGURIDAD<br>SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|--------|------------------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------|
| 1      | ENERO                        | \$ 0             | \$ 0                              | 0                  |
| 2      | FEBRERO                      | \$ 0             | \$ 0                              | 0                  |
| 3      | MARZO                        | \$ 0             | \$ 0                              | 0                  |
| 4      | ABRIL                        | \$ 0             | \$ 0                              | 0                  |
| 5      | MAYO                         | \$ 0             | \$ 0                              | 0                  |
| 6      | JUNIO                        | \$ 0             | \$ 0                              | 0                  |
| 7      | JULIO                        | \$ 0             | \$ 0                              | 0                  |
| 8      | AGOSTO 1-14                  | \$ 0             | \$ 0                              | 0                  |
| 9      | AGOSTO 15-31                 | \$ 0             | \$ 0                              | 0                  |
| 10     | SEPTIEMBRE                   | \$ 5.400.000     | \$ 668.300                        | 9410718872         |
| 11     | NOVIEMBRE                    |                  |                                   |                    |
| 12     | DICIEMBRE                    |                  |                                   |                    |
| 13     |                              |                  |                                   |                    |
| 14     |                              |                  |                                   |                    |
| 15     |                              |                  |                                   |                    |

| Resumen de<br>contrato | VALOR<br>INICIAL DEL<br>CONTRATO | VALOR TOTAL<br>DEL CONTRATO | PAGOS<br>REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------|
|                        | \$ 10.560.000                    | \$ 10.560.000               | \$ 5.400.000        | \$ 5.160.000       |

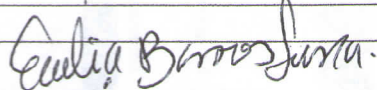
2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

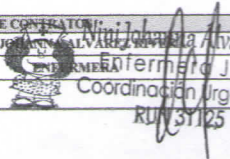
OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICION DE ENFERMERA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA, URGENCIAS U QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: **2020-09-01** Hasta: **2020-09-30**

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las estipuladas en la minuta) |                                                                                                                                                                                                                                     | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                     | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                |
| 1                                                          | Identificar las infecciones asociadas a la atención en salud.                                                                                                                                                                       | Informar la evolución clínica, las actividades realizadas y las pendientes, el estado de los equipos, el nivel de existencias de insumos, el inventario del servicio y del carro de paro, los traslados, ingresos, relaciones familia-paciente y demás relacionadas, con el fin de proporcionar al turno entrante la información necesaria para la continuidad del plan. | RECIBO TURNO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SANTA MARTHA Y SE FIRMA LIBRO              |
| 2                                                          | Investigar el tipo de infección, agente etiológico, factores de riesgo para iniciar acciones de control, identificar y emitir alertas epidemiológicas para direccionar medidas de control inmediato, documentación de las acciones. | De acuerdo con la patología, la evolución y las ordenes medicas para definir lo que se debe ejecutar.                                                                                                                                                                                                                                                                    | REALIZAR PLAN DE CUIDADO DE CADA PACIENTE                                           |
| 3                                                          | Participar en la investigación de brotes y efectuar notificación inmediata y obligatoria de infecciones intrahospitalarias en caso de confirmación y ejecución de las intervenciones requeridas.                                    | Distribuir los pacientes y las actividades específicas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidados de cada paciente.                                                                                                                                                                                                                           | ASIGNAR ACTIVIDADES AL MPERSONAL A CARGO                                            |
| 4                                                          | Velar por el cumplimiento de la normatividad Institucional, local y nacional respecto a IAAS.                                                                                                                                       | Promover la recuperación del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TRAMITAR INGRESO Y EGRESO PACIENTES A PISO                                          |
| 5                                                          | Analizar la información del comportamiento de IAAS junto con Infectología o las especialidades involucradas en el manejo de los casos.                                                                                              | Tener en cuenta las ordenes medicas, la evolución y los reportes diagnósticos para valorar la evolución del paciente y garantizar integralidad en el manejo de la información.                                                                                                                                                                                           | REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS Y ACTUALIZACIÓN DE KARDEX Y TARJETAS DE MEDICAMENTOS |
| 6                                                          | Participar en la vigilancia del cumplimiento de los protocolos o guías de procedimientos y normas de bioseguridad.                                                                                                                  | Dejar constancia científica y legal de lo actuado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ASISTIR A CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCIÓN SEGÚN PROGRAMACIÓN          |
| 7                                                          | Participar en los procesos capacitación para el personal de la institución.                                                                                                                                                         | Consolidar la producción de la unidad y las especialidades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | COORDINAR TRASLADOS DE LOS PACIENTES                                                |
| 8                                                          | Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario.                                                                                                                                                | Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario.                                                                                                                                                                                                                                                                                     | UTILIZAR Y VERIFICAR EL CORRECTO USO DE LOS EPP                                     |
| 9                                                          | Realizar el registro y el envío oportuno de los informes solicitados por la Institución u otras Entidades.                                                                                                                          | Para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | REPORTE Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS EN SALUD                                          |
| 10                                                         | Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio.                                                                                                                                                                   | Mejoramiento continuo de la calidad de la atención del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ASISTIR A ESTUDIOS DE CASO                                                          |
| 11                                                         | Participar en los análisis a los que sea convocados.                                                                                                                                                                                | Promover procesos de mejoramiento continuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CONTROL Y USO RACIONAL DE LOS INSUMOS                                               |
| 12                                                         | Acompañar y observar la implementación de las acciones de mejora definidas para los diferentes servicios.                                                                                                                           | Realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia, velar por el uso racional de los mismos.                                                                                                                                                                                                                                                                             | INFORMAR SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE AL MEDICO                            |

| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO - GESTIÓN DE SUMOS Y ABASTECIMIENTO<br>FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO                             |                                                                                                                            |                                                                                                             | CÓDIGO: AP-1A-IT-014<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: 2020-05-04   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 13                                                                                                                                                                        | Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área. | Unificar criterios en el desarrollo de las actividades.                                                     | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SEGÚN LOS CORRECTOS         |
| 14                                                                                                                                                                        | Mantener la reserva de la información.                                                                                     | Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico y manejo de los pacientes.                            | RESPECTAR LA INTIMIDAD DEL PACIENTE SEGÚN SU DIAGNOSTICO   |
| 15                                                                                                                                                                        | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.                      | Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.     | DESINFECCIO E INVENTARIO DEL CARRO DE PARO                 |
| 16                                                                                                                                                                        | Asistir al Comité Institucional y técnico Distrital de infecciones intrahospitalarias.                                     |                                                                                                             | INFORMAR EN LA ENTRGA DE TURNO LOS CAMBIO Y SE FIRMA LIBRO |
| Observaciones:                                                                                                                                                            |                                                                                                                            | <br>Firma del Contratista |                                                            |
| 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 |                                                                                                                            | C.C.                                                                                                        | 45.469.937 de                                              |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATACION |                                                                                   |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE:                                | NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA                                                       |
| CARGO:                                 | Enfermera Jefe Coordinación Urgencias                                             |
| FIRMA:                                 |  |

RUN 31125

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                              |                 |                    |                                           |                     |          |                       |    |
|-------------------------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|----|
| Identificación                | dv | Razon Social                 | Clase Aportante | Secursal Principal | Direccion                                 | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |    |
| CC-4546937                    |    | BARROS LUNA EVELIA DELSNERCE | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | calles # 10-12 casa 8<br>inhabidor calera | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 3394869  |                       | Nº |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |          |           |      |            |            |                  |      |           |           |
|-----------------------------------|----------|-----------|------|------------|------------|------------------|------|-----------|-----------|
| Periodo                           | Clave    | Planilla  | Tipo | Fecha      | Pago       | Banco            | Pago | Dias Mora | Valor     |
| Pensión Salud                     | 75071390 | 941071882 | I    | 2020/10/09 | 2020/09/23 | BANCO DAVIVIENDA |      | 0         | \$668,300 |

RESUMEN DE PAGO

| RIESGO                    | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)  |        |             |    | 1         | \$345,600       | \$0            | \$0                    | \$345,600     |
| PORVENIR                  | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$345,600       | \$0            | \$0                    | \$345,600     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)  |        |             |    | 1         | \$52,700        | \$0            | \$0                    | \$52,700      |
| SEGUROS BOLIVAR           | 14-7   | 860,002,503 | 2  | 1         | \$52,700        | \$0            | \$0                    | \$52,700      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)  |        |             |    | 1         | \$270,000       | \$0            | \$0                    | \$270,000     |
| EPS SURA (ANTES SUSALLID) | EPS010 | 800,088,702 | 2  | 1         | \$270,000       | \$0            | \$0                    | \$270,000     |
| TOTAL                     |        |             |    | 1         | \$668,300       | \$0            | \$0                    | \$668,300     |

180 hrs → 30.000