

### 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: **PS 6705 2020** C.D.P. No.: **3693** Proceso al que pertenece: **PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA**  
 Unidad a la que pertenece: **UNIDAD SANTA CLARA**  
 Nombre del Contratista: **YULIETH ALEXANDRA BAQUERO RUBIO** C.C. **1.012.411.605** de: **BOGOTA DC**  
 Fecha Inicio: **2020-11-01** Fecha Terminación inicial: **2020-11-30** Valor Mensual: **\$ 2.160.480** Valor a cobrar: **\$ 2.160.480**

| ADICIÓN/<br>OTRO SI | VALOR<br>ADICIÓN | CDP  | FECHA DE<br>INICIO | FECHA DE<br>TERMINACIÓN | Nº<br>CTA | MES DE<br>CUENTA DE<br>COBRO | VALOR A<br>PAGAR | VALOR PAGO<br>SEGURIDAD<br>SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---------------------|------------------|------|--------------------|-------------------------|-----------|------------------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------|
| 1                   | \$ 5.925.116     | 3840 | 2020-12-01         | 2021-01-31              | 1         | NOVIEMBRE                    | \$ 1.566.348     | \$ 271.700                        | 8345846107         |
| 2                   |                  |      |                    |                         | 2         | DICIEMBRE                    | \$ 2.160.480     | \$ 271.700                        | 8346431024         |
| 3                   |                  |      |                    |                         | 3         |                              |                  |                                   |                    |
| 4                   |                  |      |                    |                         | 4         |                              |                  |                                   |                    |
| 5                   |                  |      |                    |                         | 5         |                              |                  |                                   |                    |
| 6                   |                  |      |                    |                         | 6         |                              |                  |                                   |                    |
| 7                   |                  |      |                    |                         | 7         |                              |                  |                                   |                    |
| 8                   |                  |      |                    |                         | 8         |                              |                  |                                   |                    |
| 9                   |                  |      |                    |                         | 9         |                              |                  |                                   |                    |
| 10                  |                  |      |                    |                         | 10        |                              |                  |                                   |                    |
| 11                  |                  |      |                    |                         | 11        |                              |                  |                                   |                    |
| 12                  |                  |      |                    |                         | 12        |                              |                  |                                   |                    |

| Resumen de<br>contrato | VALOR INICIAL<br>DEL CONTRATO | VALOR TOTAL<br>DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------|
|                        | \$ 1.604.156                  | \$ 7.529.272                | \$ 3.726.828     | \$ 3.802.444       |

### 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 CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIAL 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: **2020-12-01** Hasta: **2020-12-31**

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las estipuladas en la subred) |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                                                                |                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                          |
| 1                                                          | Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.                                                                                                                                  | Informe sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. | RECIBO TURNO EN URGENCIAS EN EL SERVICIO DE INGRESO Y SE FIRMA LIBRO                                                          |
| 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 registrarlas en la historia clínica digital. | Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la recuperación del paciente.                                                | SE REALIZA CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES Y SE REGISTRA EN APLICATIVO DINAMICA                                          |
| 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.                                                                                                  | Deja evidencia científica y legal de las actividades ejecutadas.                                                                                                          | SEGUN LA ASIGNACION DE PACIENTES SE REALIZAN ACTIVIDADES DE ENFERMERIA, SE VERIFICA GOTEOS DE LIQUIDOS Y TOMA DE PARACLINICOS |
| 4                                                          | Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.                                                                                                                                                     | Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su entorno de acuerdo con las buenas practicas sanitarias.         | SE HACEN RONDAS CONTINUAS VERIFICANDO EL ESTADO DEL PACIENTE                                                                  |
| 5                                                          | Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.                                                                                                                                          | Suministro información al enfermero para toma de medidas optimas de manejo médico - quirúrgico                                                                            | SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS SEGUN ORDENES MEDICAS                                                                              |
| 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.                                                                                                                               | Da información de fácil comprensión de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al tratamiento ambulatorio.                                                     | SE REALIZAN NOTAS DE ENFERMERIA EN PLATAFORMA DINAMICA                                                                        |
| 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.                                                                                                         | Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos.                                                                                                           | ASISTO A CAPACITACIONES SEGUN PROGRAMACION DE LA INSTITUCION                                                                  |
| 8                                                          | Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno.                                                                                                                                                                                                 | Realizo inventario por turno y revision mensual de los elementos del curro de paro y se informa estado y faltantes.                                                       | CUANDO ME CITAN SI                                                                                                            |
| 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                          | Proyecto la logistica requerida para brindar cuidado integral al paciente.                                                                                                | SE VERIFICAN HISTORIAS CLINICAS Y SE REALIZAN NOTAS DE ENFERMERIA DE EN PLATAFORMA DINAMICA                                   |
| 10                                                         | Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás politicas Institucionales.                                                                                                                            | Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades.                                                                                                               | EN CASO DE QUE HAYA UN SUCESO SE REPORTA A SEGURIDAD AL PACIENTE POR LOS MEDIOS ESTABLECIDOS                                  |
| 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.                                                             |                                                                                                                                                                           | DAR EDUCACION AL FAMILIAR Y AL PACIENTE SEGUN PROTOCOLOS INSTITUCIONALES                                                      |
| 12                                                         | Cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                           | HACER BUEN USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL                                                                        |
| 13                                                         | Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                           | VERIFICAR Y CUMPLIR CON EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES                                              |

|                                                                                                                                                                           |                                                                                                               |                                                                                                             |                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 16                                                                                                                                                                        | Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso. |                                                                                                             | ASISTIR A CAPACITACIONES QUE NOS PROGRAMEN |
| 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.                                                                                                        | 1.012.411.605 de BOGOTA DC                 |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS |                                                                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE:                             | NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA                                                       |
| CARGO:                              | ENFERMERA                                                                         |
| FIRMA                               |  |

Señor(es): YULIET ALEXANDRA BAQUERO RUBIO  
Nit: CC 1012411605  
Dirección: CRR 3 ESTE N 7A-20  
Teléfono: 5674312 Fax:  
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:



compensar | miplanilla.com

|                                 |                        |
|---------------------------------|------------------------|
| Nombre                          | YULIET ALEXANDRA BAQUI |
| Tipo y número de identificación | 1012411605             |
| Número de radicación planilla   | 8346431024             |
| Fecha de pago                   | 12/4/2020              |
| Número de autorización de pago  | 1000000419             |
| Banco                           | 1001                   |
| Valor Comisión                  | \$0                    |

|                            |                |
|----------------------------|----------------|
| Número de empleados        | 1              |
| Periodo colización salud   | Noviembre 2020 |
| Periodo colización pension | Noviembre 2020 |
| Periodo colización caja    | Noviembre 2020 |
| Número de administradoras  | 3              |
| Total Pagado               | \$271.700      |
| Total interes mora         | \$0            |

[illegible]

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información