

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |                                 |                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  SECRETARÍA DE SALUD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA | Versión: 3                      |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       | Fecha de aprobación: 15/02/2018 |                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       | Código: 04-02-FO-0002           |                                                                                                                   |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                 |  |                 |     |                              |   |                 |     |                 |               |                 |   |                 |   |
|---------------------------------------------|--|-----------------|-----|------------------------------|---|-----------------|-----|-----------------|---------------|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |  |                 |     | KAREN VANNESA ARIAS SORACIPA |   |                 |     |                 |               |                 |   |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |  |                 |     | C.C.                         | X | C.E.            | NO. |                 | 1.030.648.818 |                 |   |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |  |                 |     | KAGENTECARIBE2016@GMAIL.CO   |   |                 |     | CELULAR:        |               | 3008263577      |   |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  |                 |     |                              |   |                 |     | KE10            |               |                 |   |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |  |                 |     | URGENCIAS                    |   |                 |     | SEDE:           |               | Kennedy         |   |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                           |  | Centro de costo | %   | Centro de costo              | % | Centro de costo | %   | Centro de costo | %             | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                                             |  | KE10J02-CV      | 100 |                              |   |                 |     |                 |               |                 |   |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |  |                 |     | DAVIENDA                     |   |                 |     | TIPO DE CUENTA: |               | Ahorros         |   |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCAR                     |  |                 |     | 488413415248                 |   |                 |     | PENSIONADO      |               | No              |   |                 |   |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |     |               |            |                          |       |        |            |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|---------------|------------|--------------------------|-------|--------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                           |     | 5846 DEL 2020 |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       | 5 DE 5 |            |
| NÚMERO DE CDP                                                            | 109 | FECHA         | 26/01/2021 | NÚMERO DE CRP            | 10546 | FECHA  | 27/01/2021 |

|                      |  |                           |     |     |      |       |     |     |      |
|----------------------|--|---------------------------|-----|-----|------|-------|-----|-----|------|
| OBJETO DEL CONTRATO: |  | PROFESIONAL DE ENFERMERÍA |     |     |      |       |     |     |      |
| PERIODO CERTIFICADO: |  | DESDE                     | DIA | MES | AÑO  | HASTA | DIA | MES | AÑO  |
|                      |  |                           | 8   | 1   | 2021 |       | 31  | 1   | 2021 |

|                             |             |                     |     |
|-----------------------------|-------------|---------------------|-----|
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: |             | \$2.314.572         |     |
| TIPO DE SERVICIOS           | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | \$0 |

OBSERVACIONES: INCREMENTO

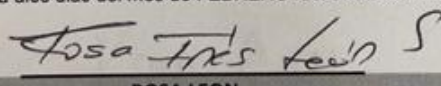
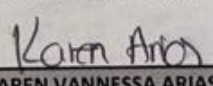
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO       |              |
|-----------------------------------------|--------------|
| CONCEPTO                                | VALORES      |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$21.754.103 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$21.750.294 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$2.314.572  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$3.809      |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 100%         |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,508 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla   | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|----------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 776299439/7778005361 | \$1.276.927,00    | \$159.616                | \$204.308              | 3         | \$31.106   | \$395.030     |

Dado en bogota a los días del mes de FEBRERO del año dos mil veinti uno (2021) lo anterior para que surta el pago pertinente cordialmente

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ROSA LEON<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO<br>NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: | <br>KAREN VANNESSA ARIAS SORACIPA<br>NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ACTIVIDADES

| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                   | Versión: 2                   | Fecha de aprobación: 03/04/2017 | Código: 04-02-FO-0003 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Ubicación del Servicio:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | UOR 4                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                   | Sede: KENNEDY                |                                 |                       |
| No. DE CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            | 4479De 2021                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                   | Período certificado desde el |                                 |                       |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | KAREN VANNESSA ARIAS SORACIPA                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                   | C. C. 1.030.648.816 DE       |                                 |                       |
| OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos en la ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                   |                              |                                 |                       |
| El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Servicios: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                   |                              |                                 |                       |
| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                 | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                              |                              |                                 |                       |
| <b>ACTIVIDADES BÁSICAS:</b> 1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades - 2. Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento - 3. Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente - 4. Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada - 5. Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma - 6. Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales - 7. Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados - 8. Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados - 9. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados - 10. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades. | 100%       | 1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades.<br>2-Realizar procedimiento básicos de enfermería a pacientes asignados.<br>3-Preparar paciente para exámenes especiales y/o medios diagnósticos.<br>4-Asistir al paciente en sus actividades básicas | 1-Anecdotario.<br>2-Bitácora de procedimientos.<br>3-Bitácora de procedimientos.<br>4-Bitácora de procedimientos. |                              |                                 |                       |
| <b>REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES:</b> 11. Efectuar oportuna y claramente, registros de todos los cuidados de enfermería - 12. Registrar en Notas de Enfermería, el estado clínico del paciente y actividades realizadas - 13. Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, escribiendo en las Notas de Enfermería su nombre claro y manteniendo identificadas las Historias Clínicas de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su nombre y sello - 14. Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo contiene bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida - 15. Elaborar guías, informes, protocolos u otros informes solicitados en el cumplimiento de sus actividades.                                                                                                                                                    | 100%       | 1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronológicamente                                                                                                                                                                                                                        | 1-Lista de verificación                                                                                           |                              |                                 |                       |
| <b>RECIBO Y ENTREGA DE TURNO:</b> 16. Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 100%       | 1-Realizar recibo y entrega de turno                                                                                                                                                                                                                                                   | 1- Libro de recibo y entrega de turno asignación diaria                                                           |                              |                                 |                       |
| <b>RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACIÓN SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO:</b> 17. Atender las necesidades del equipo de trabajo - 18. Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia - 19. Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización - 20. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo - 21. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 100%       | 1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio                                                                                                                                                                                                                  | 1-Bitácora y/o lista de verificación                                                                              |                              |                                 |                       |
| <b>EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD:</b> 22. Aplicar los principios de técnica aséptica - 23. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos - 24. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 100%       | 1-Usa los elementos de protección personal.<br>2-Realiza aseo y desinfección de camas, camillas e inmobiliario de paciente.                                                                                                                                                            | 1-Anecdotario.<br>2-Lista de verificación aseo y desinfección.                                                    |                              |                                 |                       |
| <b>MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FÍSICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACIÓN:</b> 25. Vigilar e informar faltantes del inventario - 26. Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales - 27. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de las actividades contractuales - 28. Portar el Carnet de la Institución durante la prestación de servicio, según los parámetros de la Institución - 29. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función - 30. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo - 31. Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.                                                                                                      | 100%       | 1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato.<br>2-Custodiar historias clínicas de pacientes asignados.                                                                                                                                                                      | 1-Libro de inventario.<br>2-Registro del traslado de historia clínica a la unidad.                                |                              |                                 |                       |
| <b>CAPACITACIÓN, EDUCACIÓN CLÍNICA E INVESTIGACIÓN PERMANENTE:</b> 31. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la Institución - 32. Participar en el diagnóstico de necesidades de capacitación al interior de su área, para su posterior realización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 100%       | 1-Asiste a las capacitaciones programadas en la USSK                                                                                                                                                                                                                                   | 1-Formato de asistencia de capacitación                                                                           |                              |                                 |                       |
| OBSERVACIONES: 168                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                   |                              |                                 |                       |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): 2,984,352 ( DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MCT.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                   |                              |                                 |                       |
| Karen Arias<br>KAREN VANNESSA ARIAS SORACIPA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | Rosa Leon<br>ROSA LEON                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                   |                              |                                 |                       |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                   |                              |                                 |                       |