Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	**2**
		Fecha de aprobación	**3/04/2017**
		Código:	**04-02-FO-0003**

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.

Ubicación del Servicio:	**AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS**					**Sede: CAPS TRINIDAD GALAN**			
No. DE CONTRATO:	**5810-2022**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	12	2.022		31	12	2.022
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**MARIA CATALINA DIAZ RODRIGUEZ**		**C. C.**		1.015.481.724		**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Enfermeria, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ___ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMAD	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería		**Realizar actividades básicas de enfermería.**	**Cumplimiento de metas e indicadores de contrato realizando actividades como auxiliar de enfermería.**
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio		**Realizar actividades básicas de enfermería.**	**Cumplimiento de metas e indicadores de contrato realizando actividades como auxiliar de enfermería.**
Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente		**Realizar actividades básicas de enfermería.**	**Cumplimiento de metas e indicadores de contrato realizando actividades como auxiliar de enfermería.**

Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención		**Informar y dar aviso sobre eventos.**	**SE REALIZA MENSUAL Y QUEDA CONSIGNADO EN ACTA DE REUNION DISPONIBLE EN OFICINA**
Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio		**Realizar actividades básicas de enfermería.**	**Cumplimiento de metas e indicadores de contrato realizando actividades como auxiliar de enfermería.**
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad		**Trajes entregados por la sub red con kit de protección.**	**Cumplimiento de metas e indicadores de contrato realizando actividades como auxiliar de enfermería.**
Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes		**Realizar actividades básicas de enfermería.**	**Cumplimiento de metas e indicadores de contrato realizando actividades como auxiliar de enfermería.**
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio, Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible		**Cumplir directrices.**	**Cumplimiento de metas e indicadores de contrato realizando actividades como auxiliar de enfermería.**

Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred		**Cumplimiento de metas e indicadores del contrato.**	**Cumplimiento de metas e indicadores de contrato realizando actividades como auxiliar de enfermería.**
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento		**Aplicar formatos establecidos por la red.**	**Cumplimiento de metas e indicadores de contrato realizando actividades como auxiliar de enfermería.**
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato		**Realizar el pago oportuno.**	**Cumplimiento de metas e indicadores de contrato realizando actividades como auxiliar de enfermería.**

Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado		**Asistir a las capacitaciones y reuniones programadas por la institución**	**Cumplimiento de metas e indicadores de contrato realizando actividades como auxiliar de enfermería.**
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio		**Se actualiza e informa sobre las indicaciones de bioseguridad.**	**Cumplimiento de metas e indicadores de contrato realizando actividades como auxiliar de enfermería.**
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos		**Conocer y aplicar directrices.**	**Cumplimiento de metas e indicadores de contrato realizando actividades como auxiliar de enfermería.**
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales		**Asistir a las capacitaciones y reuniones programadas por la institución.**	**Cumplimiento de metas e indicadores de contrato realizando actividades como auxiliar de enfermería.**
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred		**Se diligencia de manera clara y concisa los documentos requeridos.**	**Cumplimiento de metas e indicadores de contrato realizando actividades como auxiliar de enfermería.**

Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente		**Se realiza el aporte a EPS y se entrega soporte adjunto.**	**Cumplimiento de metas e indicadores de contrato realizando actividades como auxiliar de enfermería.**

OBSERVACIONES:

MARIA CATALINA DIAZ RODRIGUEZ 1,015,481,724 BOGOTÁ D.C CONTRATISTA:	Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:_____

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.