Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:		**Equipos de Atención en Casa y relevo**			**UNIDAD:**		**SALUD PUBLICA FERIAS**		
No. DE CONTRATO:		**8064-2022**	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ**		**1/1/2023**			**1/31/2023**		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		**Yesica Paola Piamonte Salazar**	**DOCUMENTO:**	**1023014753**					
OBJETO DEL CONTRATO:		**Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución**							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): _____		**100%**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	**ACTIVIDADES REALIZADAS**
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Participar en capacitaciones, socializaciones y realización de encuestas y modulos con temas de calidad
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	

1. Priorizar esquemas de vacunación incompletos en menores de 5 años, gestantes y población con dificultades para la movilidad, identificada por los grupos base. 2. Cumplir con la oportunidad y calidad esperada para la aplicación de biológicos a la población priorizada. 3. Recibir diariamente del líder operativo el listado de usuarios priorizados independientemente del aseguramiento en salud, con esquema de vacunación incompleto para la edad y con el registro de información del esquema faltante. 4. Consultar en el aplicativo PAI web 2.0 de la Secretaría Distrital de Salud el antecedente vacunal del usuario con el fin de determinar los biológicos a aplicar. 5. Hacer contacto telefónico con el usuario o cuidador con el fin de verificar datos de ubicación e informar el día en que se realizará la vacunación en casa. 6. Brindar información sobre los biológicos que se administrarán, enfermedad que previene, los posibles efectos adversos, así como su manejo en el caso de que aparezcan, y demás información útil. 7. Disponer a realizar la entrega del biológico sobrante en el punto de vacunación que se haya dispuesto por la subred para realizar la recepción y devolución de los biológicos. 8. Llevar registro diario con la relación de los usuarios vacunados y la información que corresponde para este proceso.	Se realiza apoyo a líder operativo de Equipos de Atención en Casa y Relevo, con la elevoracion y organización de carpetas con atenciones por parte de todo el equipo de profesionales para de esta manera dar cumplimiento a correcciones para la elaboración de informes. 2 Se realiza seguimiento a los beneficiados del programa de Atención en Casa y Relevo, para de esta manera garantizar el cumplimiento con las acciones programadas para el programa. 3. Se solicita formularios y/o documentación faltante en carpeta de cada usuario. 4. Organización de AZ teniendo en cuenta la secuencia de la base de datos y de esta manera poder acceder a la documentación par
OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	**$2,608,514** **DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS**

_____ NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:	Fecha : 31/01/2023 Firma de recibido supervisor:_____
Yesica Paola Piamonte Salazar	
CC 1023014753	
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	