| | | | |
|---|---|---|---|
| 12 | Cumplir con los procesos, procedimientos, guias y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato | Se garantizo el cumplimiento de las mormas institucionales en el mes de junio del 2020 | |
| 13 | Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad. | Se realizo la revision diaria del inventario correspondiente al area en el mes de junio del 2020 | Listado de Asistencia |
| 14 | Realizar la desinfección de manera oportuna de la unidad del paciente de acuerdo a los protocolos institucionales. | Se realizaron las actividades contractuales teniendo encuenta los documentos intitucionales relacionados con los procesos de enfermeria en el mes de junio de 2020 | Formatos de Limpieza y desinfeccion |
| 15 | Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento. | Se realizo la partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de junio del 2020 | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 16 | Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso. | Se garantizo el proceso de limpieza y desinfeccion, rutinaria y terminal de las unidades del paciente asi como de las diferentes areas del servicio durante el mes de junio del 2020 | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 17 | Realizar el control de liquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados de acuerdo al protocolo institucional. | Se realizo la toma al 100% de los pacientes asignados el mes de junio del 2020 | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 18 | Portar el uniforme deteniendo en cuenta las normas higiene y bioseguridad de la Subred. | Se realizo la toma al 100% de los pacientes asignados el mes de junio del 2020 | concepto ecordinadora |

**Observaciones:**

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

**C.C.** 1.000.514.140 **de** 0

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | ANA CELIA GARCIA GARCIA |
| **CARGO:** | ENFERMERA LIDER MATERNO INFANTIL |
| **FIRMA** | |