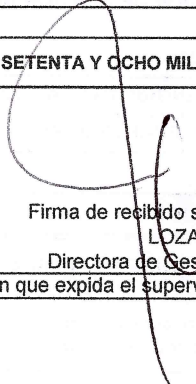


	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						CÓDIGO: AP-CT-F-50	
							VERSIÓN: 4	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL						PÁGINA : 1 DE 1 FECHA: 07/11/2024	

ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD							UNIDAD:		EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR		
No. DE CONTRATO: 8110-2025							PERIODO CERTIFICADO		Día 1	Mes 01	Año 2026
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES									Día 31	Mes 01	Año 2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: FRANCY JANEHT RIVEROS GARZON							DOCUMENTO: 1022969506				
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%											

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega y archivo, de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio,	Se dio cumplimiento a la normativa de gestión documental, la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio
2. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	Se mantiene una buena imagen institucional durante las atenciones individuales
3. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	Se da optimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio
4. Se obliga a brindar el apoyo técnico, administrativo y operativo necesario para el fortalecimiento del Sistema de Gestión de Calidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., con el fin de dar cumplimiento a los estándares y requisitos exigidos por el Sistema Único de Acreditación en Salud	Se brinda el apoyo técnico, administrativo y operativo necesario para el fortalecimiento del Sistema de Gestión de Calidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaría Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o Subred	Se asistio a un total de (3) comites para el fortalecimiento y claridad frente a multiples aspectos de la practica medica correspondiente a un total de 16 horas adminisitrativas
6. presentar soportes y auditorias programadas tanto, de la ESE, SOS o por entes de control.	Se presentan soportes correspondientes
7. Realizar valoración integral de los integrantes de la familia del Equipo Mas Bienestar en Hogar, ruteo y conglomerado, o los que sean designados acorde a la operación del convenio	Se realizaron (252) valoraciones individuales
8. Realizar la notificación al subsistema correspondiente en caso de identificación de eventos de interés en salud pública.	No se ejecutan acciones para este periodo
9. En cumplimiento normativo al proceso de atención individual domiciliaria, se deberá garantizar el registro de información correspondiente a esta en la Historia Clínica y el aplicativo G-TAPS, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos de admisión y el código CUPS respectivo de la actividad.	Se efectuaron (253) historias clinicas correspondientes a (80) actividades individuales teniendo en cuenta los datos de admisión y el codigo cups de la actividad
10. Acciones Individuales teniendo como base la resolución 3280 de 2018 Por medio del cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal para dar respuesta al plan de cuidado en los Equipo Mas Bienestar en Hogar Hogar, Resolución 2350 del 2020 y de acuerdo a los riesgos individuales y familiares priorizados para el abordaje	Se llevaron a cabo una total de (252) valoraciones integrales.
11. Participar activamente en el proceso de agendamiento de planeación de la atención para la población afiliada a Capital Salud u otra EAPBS que tenga contrato con la Subred. Para ello, deberá llamar al auxiliar de enfermería o técnico encargado del proceso con la siguiente información: tipo de identificación, número de identificación, nombres apellidos, dirección, teléfono de contacto, código de la familia o ID predio y especialidad requerida, solicitar la información de fecha y hora	No se ejecutan acciones para este periodo
12. Valoración Integral individual para actualización de novedades, Control a población priorizada y población de riesgo	Se diligenciaron un total de (80) historias clínicas en atención individual dando estricto cumplimiento a la normatividad vigente.
13. Dar Cumplimiento de la gestión documental, como es el diligenciamiento de los formatos, requerimientos y demás formas documentales institucionalizados en las Subred, que, para el caso de la prestación de servicios de salud, en atención individual es la historia clinica, que en todo caso deberá cumplir con la normatividad vigente	Se efectuaron (252) historias clinicas correspondientes a (252) actividades individuales teniendo en cuenta los datos de admisión y el codigo cups de la actividad
14. Participar de comités, capacitaciones y todo tipo de espacio que permita el fortalecimiento de capacidades para la buena ejecución de sus actividades para el convenio y la Subred	Se asistio a un total de (3) comites para el fortalecimiento y claridad frente a multiples aspectos de la practica medica correspondiente a un total de 25 horas adminisitrativas

15. Facilitar oportunamente, calidad y veracidad información de sus actividades con fin estadístico de los usuarios atendidos o actividades propias del convenio, para entrega de reportes y bases a nivel central o entes de control en los tiempos establecidos y direccionados por el líder y/o coordinador	No se ejecutan acciones para este periodo	
16. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred.	se realizaron 43 actividades colectivas	
OBSERVACIONES:		
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)	\$7.378.400	SIETE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS.
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: FRANCY JANEHT RIVEROS GARZON CC: 1022969506		 Firma de recibido supervisor: INGRID PAOLA LOZANO TORRES Directora de Gestión del Riesgo en Salud
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.		