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
		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: HOSPITALIZACION			**UNIDAD:**		**HOSPITAL ENGATIVA**		
No. DE CONTRATO: 0558-2024	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO		**1**	**01**	**2025**	**31**	**1**	**2025**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JUAN CARLOS BARRIOS MENDEZ	**DOCUMENTO: 80135967**						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de acuerdo con 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.	presente adherencia a los procesos procedminetos instructivos guias y politicas institucionales de la sub red norte
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.	Participe en el desarrollo de las estrategias del sistema único de habilitación y sistema único de acreditación.
3. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	Cumpli con los estándares de producción del servicio de ucin según los tiempos establecidos por la Institución.
4. Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo	Realize valoración médica : 65 pacientes, ronda médica y evoluciones, se realizo : 100 ordenes médicas, 10 : ingresos, 6 :egresos, 0 incapacidades, 0 procedimientos quirúrgicos, 2 reporte de base RIAS.
5. . Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución en los servicios prestado: Respuesta de interconsultas, ronda medica y evoluciones, realizacion procedimientos, realización de registros clínicos en historia clinica (evolución ordenes, descripción procedimientos; respuesta interconsulta, y otros según el caso); Notificación de sucesos de seguridad, IACS, Eventos de interés en salud Pública; Direccionar los	Realize 8 recibos y entregas de turno, cumplimiento de actividades programadas en cronograma, se realizó: 1 reporte y seguimiento a indicios de atención insegura IACS, 0 complicaciones.
6. Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	Diligencie de manera completa, legible y oportuna : 65 Historias Clínicas y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.
7. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.	brinde información al usuario en 80 ocasiones y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento
8. Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.	me adheri a las políticas , guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales en un 100%.
9.Cumplir con el Manual de Bioseguridad.	Cumpli con adherencia el Manual de Bioseguridad en un 100%.
10. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública. .	Realice notificación obligatoria : 1 sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias: 0 y demás eventos de interés en salud pública.
11. Realizar el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan.	Realice el proceso de traslado y/o, la referencia : 2 y contra referencia : 0 , dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan.
12. Revisar el aspecto técnico en el proceso de esterilización del material médico-quirúrgico, así como vigilar la asepsia y antisepsia del grupo disciplinario que participa en los procedimientos quirúrgicos y el cumplimientos de las normas de bioseguridad.	revise y vigile proceso de asepsia y antisepsia en los procedimeintos medicos, bajo el cumplimento de las normas de biposeguridad
13.Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	alimente permanentemente los sistemas de información que están a mi cargo y se mantuvieron al día en un 100%.
14. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.	Cumpli con 1 capacitaciones en modo virtual de Subred Norte ESE y presente la certificación correspondiente.

Scanned with CamScanner

15. Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.	Prepresente 1 evaluación de adherencia y conocimiento de los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones.
16 . Desarrollar las actividades según criterios de autocontrol.	desarrolle mis actividades segun las politicas de autocontrol
17. Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.	cumpli con el buen uso de equipos y elementos medicos
18. Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido. 16. Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte.	participe activamente en procesos de habilitacion y acreditacion, ademas asisiti a reuniones solicitadas.
19. Gestionar, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred Norte e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.	implemente la vision y mision de la subred norte impulsando y promocinando nuestro portafolio de servicios.
cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución.	Cumpli con las compentencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional apoyando el proceso asi de habilitacion y acreditacion el cual estamos desarrollando.
21. Apoyar el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre.	apoye el trabajo en equipo en el servicio de cirugia general
22. Cumplir con el uso y control de insumos medico quirurgicos en la prestación del servicio	cumpli con el uso racional de insumos medico quirurgicos en la prestacion de servicio
23. Aplicar los principios y valores institucionales y operativizarlos en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio	aplique los principios y valores institucionales en mis labores diarias manteniendo trato digno y humanizado durante la atencion medica

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 8.253.984 **Ocho Millones Doscientos Cincuenta y Tres Mil Novecientos Ochenta y Cuatro Pesos**

_ JUAN CARLOS BARRIOS MENDEZ _____ NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: 80135967	Fecha : __31_____/___01_____/___2025_____ Firma de recibido supervisor:_____

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

Scanned with CamScanner