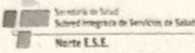
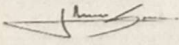
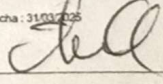


|                                                                                   |                                                             |  |                    |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|--|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

|                                                                                                                                                                                                                                |  |                       |  |                                     |     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|-------------------------------------|-----|-----|
| ÁREA Y/O SERVICIO: HSB118 ATENCION DOMICILIARIA                                                                                                                                                                                |  |                       |  | UNIDAD: FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS |     |     |
| No. DE CONTRATO: 3753-2025                                                                                                                                                                                                     |  | PERIODO CERTIFICADO   |  | Día                                 | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO                                                                                                                                                                          |  |                       |  | 20                                  | 03  | 25  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: JHON JAIRO SANDOVAL LEON                                                                                                                                                                               |  | DOCUMENTO: 1073675790 |  | Día                                 | Mes | Año |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios 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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                              | Se realiza de manera adecuada el diligenciamiento de historias clínicas a pacientes activos en el programa de atención domiciliaria durante el mes de Marzo de 2025                                                                                                                                |
| 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. | Se realiza capacitación sobre gestión clínica excelente y segura al equipo del programa de atención domiciliaria en el mes de Marzo de 2025                                                                                                                                                        |
| 3. Adherirse a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Se presta atención a los pacientes de acuerdo a los procesos, procedimientos, protocolos, guías y manuales de la Subred Norte durante el mes de Marzo de 2025                                                                                                                                      |
| 4. 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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                              | Se contribuye con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el mes de Marzo, desarrollando las actividades asignadas para mejorar los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema |
| 5. Atención directa a la paciente que se encuentra ingresado en los servicios de atención domiciliaria. Brindar trato humanizado al paciente y su familia.                                                                                                                                                                                                                                              | Se brinda atención, tratamiento y educación a los pacientes asignados en el mes de Marzo en el atención domiciliaria                                                                                                                                                                               |
| 6. Brindar los mecanismos de seguridad y evitar eventos adversos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | No se reportan eventos adversos en el mes de Marzo 2025                                                                                                                                                                                                                                            |
| 7. Cumplir las actividades asignadas por la enfermera jefe del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Se cumplen con las actividades asignadas por la Referente de el programa de atención domiciliaria en el mes de Marzo 2025                                                                                                                                                                          |
| 8. Reportar anomalías en el servicio de atención domiciliaria que vayan en contra de la seguridad del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                          | No se reporta ninguna anomalía en el mes de Marzo en atención domiciliaria                                                                                                                                                                                                                         |
| 9. Cumplir con los registros clínicos de cada paciente en la historia clínica en la plataforma Dinámica, descargue de medicamentos y notas de enfermería.                                                                                                                                                                                                                                               | Se realiza registro de notas de enfermería en la plataforma Dinámica en el mes de Marzo 2025                                                                                                                                                                                                       |
| 10. Uso de elementos de protección personal y mecanismos de bioseguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Se hace uso adecuado de elementos de protección personal y mecanismos de bioseguridad, del servicio de atención domiciliaria, durante el mes de Marzo de 2025                                                                                                                                      |
| 11. Velar por el adecuado uso y custodia de los elementos y equipos suministrados por la institución para el desarrollo de la orden.                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se cuidan y protegen con responsabilidad todos los elementos entregados por la referente de el programa para la atención de pacientes en el domicilio en el mes de Marzo 2025                                                                                                                      |
| 12. Presentar informe de ejecución de actividades con efectos de certificación al final de cada periodo con los soportes y el pago de seguridad social.                                                                                                                                                                                                                                                 | Se entrega informe de actividades en el mes de Marzo a la Referente de el programa con la planilla de pago de aportes a seguridad social                                                                                                                                                           |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                            |                                                                                                                                             |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$) (\$ 880.512) OCHOCIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS DOCE PESOS                                                    |                                                                                                                                             |
| <br>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br>CC: 1073675790 | Fecha: 31/03/2025<br><br>Firma de recibido supervisor: |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                             |                                                                                                                                             |