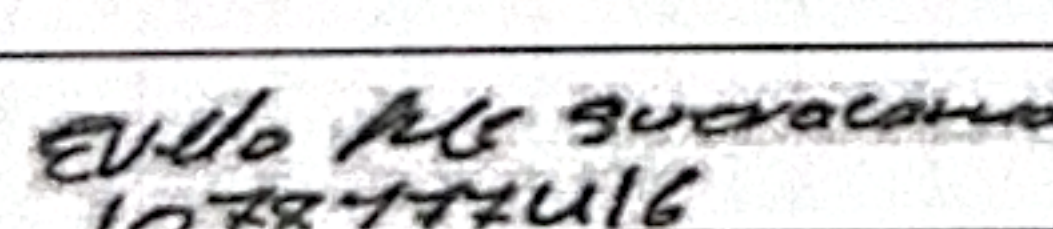
	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					CÓDIGO: AP-CT-F-50					
						VERSIÓN: 4					
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL					PÁGINA: 1 DE 1					
						FECHA: 07/11/2024					
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD						UNIDAD:		Equipos básicos extramurales hogar			
No. DE CONTRATO: 9637 -2024				PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES						1	7	2025	31	7	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: EVELIO ARCE QUERAGAMA				DOCUMENTO: 1078177416							
OBJETO DEL CONTRATO: GESTOR COMUNITARIO dentro de los diferentes procesos 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.Desarrollar las acciones previstas en los MBH de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea.						Seguir los lineamientos , decretos, acuerdos, resoluciones circulares se cualquier órgano externo o reglamento interno, código o directriz interna de la subred, que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato					
2. Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en las diferentes intervenciones de MBH.						Participar en capacitaciones, socializaciones y realización de encuestas y modulos con temas de calidad					
3.Toma de medidas antropométricas.						NA					
4.Implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar, así como la activación de rutas integrales por medio del procedimiento de canalizaciones en caso de ser necesario.						Se realizan actividades de Abordaje Territorial, se les brinda acciones de información y educación para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las familias y sus integrantes en el entorno hogar en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud de la Subred y sus rutas de atención para la Gestión del Riesgo en Salud soportado en aplicativo de registro establecido por SDS.					
5.Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, registro en el aplicativo G-TAPS, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos referenciados por las familias abordadas en MBH.						Diligenciar la base de SDS a las familias indígenas emberas y su nucleo familiar, incluyendo los tamizajes, planes de accion y prevencion de la salud, compromisos de autocuidado en las familias desde la medicina tradicional y la partería					
6. Identificación, caracterización y evaluación del perfil de riesgo individual y colectivo en población de los diferentes cursos de vida, en el marco de la operación del convenio.						NA					
7. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de MBH.						NA					
8- Promover en la población de los diferentes cursos de vida y sus familias el desarrollo de habilidades para la vida, como una herramienta que fomente prácticas de autocuidado y desarrollo integral, en las temáticas definidas según los documentos operativos de MBH.						NA					
9 - Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los MBH.						Los gestores tendrán como objetivo facilitar la comunicación (traducción) entre la comunidad y los equipos de salud. Desde su saber propio contribuirán a las acciones de educación en temáticas de salud, así como el acompañamiento a citas médicas.					
De otra parte, se realizó el pago del reajuste a los honorarios mediante adición al contrato, dando cumplimiento a lo establecido en el Convenio Interadministrativo 7124327-2024 EBEH, suscrito entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y el Fondo Financiero Distrital de											
Para un valor de: \$ 65.439 Sesenta y cinco mil cuatrocientos treinta y nueve PESOS M/CTE											
OBSERVACIONES:											
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$) 2.477.511 Dos millones cuatrocientos setenta y siete mil quinientos once PESOS PESOS M/CTE											
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: 1078177416						Fecha: 31/07/2025 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.											