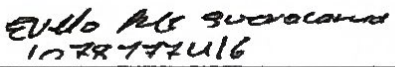
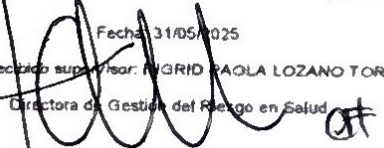
	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>					CÓDIGO: AP-CT-F-50		
						VERSIÓN 4		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.					PÁGINA: 1 DE 1		
	GESTIÓN CONTRACTUAL					FECHA: 07/11/2024		

<b>ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD</b>						<b>UNIDAD:</b>		<b>Equipos básicos extramurales hogar</b>			
<b>No. DE CONTRATO: 9637 -2024</b>				<b>PERIODO CERTIFICADO</b>		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES</b>						1	5	2025	31	5	2025
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: EVELIO ARCE QUERAGAMA</b>				<b>DOCUMENTO: 1078177416</b>							
<b>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.</b>											
<b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100%</b>											
<b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS</b>						<b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>					
1.Desarrollar las acciones previstas en los EBE 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 EBE.						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 EBE.						Diligenciar los formatos de familias indígenas emberas y su nucleo familiar que se les entrega medicina tradicional, 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.						Se realizan caracterizaciones de familias en zonas Abordaje Territorial y se realiza respectiva canalizacion según requerimiento o clasificaion de riesgo de cada usuario.					
7. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de EBE.						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 EBE.						NA					
9 - Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los EBE.						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.					
<b>OBSERVACIONES:</b>											
<b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$) 2.346.618 Dos millones trescientos cuarenta y seis mil seiscientos dieciocho pesos M/CTE</b>											
 <b>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:</b> CC: 1078177416						<b>Fecha:</b> 31/05/2025 <b>Firma de recibido supervisor:</b> INGRID PAOLA LOZANO TORRES <b>Directora de Gestión del Riesgo en Salud</b> 					
<b>Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.</b>											