

| | | | | | | | | |
|---|--|---|--|------------|---------------------------------------|------------|------------|------------|
|  | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | CÓDIGO: AP-CT-F-50 | | | | | |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | | VERSIÓN: 4 | | | | | |
| | | | PÁGINA : 1 DE 1 | | | | | |
| | | | FECHA: 07/11/2024 | | | | | |
| ÁREA Y/O SERVICIO: Hospital Simon Bolivar | | | | | UNIDAD: Unidad Renal | | | |
| No. DE CONTRATO: 6650-2025 | | PERIODO CERTIFICADO | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUZ DARY CAMPOS MORENO | | | 1 | 11 | 2025 | 30 | 11 | 2025 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: DUVAN OSWALDO FONSECA RODRIGUEZ | | DOCUMENTO: 1010078180 | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA en la DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. | | | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100% | | | | | | | | |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | | | ACTIVIDADES REALIZADAS | | | | | |
| 1. Realizar recibo y entrega de turno, con los respectivos registros de enfermería | | | 1. Se realiza recibo y entrega de turno, con los respectivos registros de enfermería | | | | | |
| 2. Cumplir con las actividades de acuerdo al cronograma del servicio | | | 2. Se realiza el cumplimiento con las actividades de acuerdo al cronograma del servicio | | | | | |
| 3. Confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de actividades. | | | 3. Se cumple con la confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de actividades. | | | | | |
| 4. Realizar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999. | | | 4. Se realiza los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999. | | | | | |
| 5. Realizar los procedimientos acordes al perfil de auxiliar de enfermería, habilitados en la subred Norte. | | | 5. Se realiza los procedimientos acordes al perfil de auxiliar de enfermería, habilitados en la subred Norte. | | | | | |
| 6. Asegurar el cuidado de los equipos que le sean asignados para la prestación de servicios. Si estos pertenecen al contratista, presentar hoja de vida, cronograma de mantenimiento y ficha técnica del equipo, último reporte de mantenimiento realizado al equipo y registro INVIMA del personal que realiza el mantenimiento a los equipos, cronograma de capacitación o certificado del personal que maneja los equipos, anexar protocolo de limpieza y desinfección de cada equipo. | | | 6. Se cumple con el cuidado de los equipos que le sean asignados para la prestación de servicios. Si estos pertenecen al contratista, presentar hoja de vida, cronograma de mantenimiento y ficha técnica del equipo, último reporte de mantenimiento realizado al equipo y registro INVIMA del personal que realiza el mantenimiento a los equipos, cronograma de capacitación o certificado del personal que maneja los equipos, anexar protocolo de limpieza y desinfección de cada equipo. | | | | | |
| 7. Participar en la elaboración de las guías de manejo institucional, protocolos, manuales y demás documentación. | | | 7. Se realiza la participación en la elaboración de las guías de manejo institucional, protocolos, manuales y demás documentación. | | | | | |
| 8. Adherencia a los procesos establecidos por la Subred Norte (Guías, manuales, protocolos, instructivos y demás). | | | 8. Se cumple con la adherencia a los procesos establecidos por la Subred Norte (Guías, manuales, protocolos, instructivos y demás). | | | | | |
| 9. Adherencia a los procesos de habilitación y acreditación promovidos por la Subred. | | | 9. Se cumple con la adherencia a los procesos de habilitación y acreditación promovidos por la Subred. | | | | | |
| 10. Dar respuesta adecuada y oportuna, dentro de los términos establecidos por la ley, a las peticiones, quejas y reclamos. | | | 10. Se realiza cumplimiento de la respuesta adecuada y oportuna, dentro de los términos establecidos por la ley, a las peticiones, quejas y reclamos. | | | | | |
| 11. Realizar el obligatorio de eventos de importancia en salud pública, de acuerdo al Decreto No. 3518/2006 y según los protocolos de vigilancia epidemiológicas establecidos por el Instituto Nacional de Salud. | | | 11. Se realiza el obligatorio de eventos de importancia en salud pública, de acuerdo al Decreto No. 3518/2006 y según los protocolos de vigilancia epidemiológicas establecidos por el Instituto Nacional de Salud. | | | | | |
| 12. Informar de manera adecuada y oportuna los incidentes, eventos adversos y complicaciones presentadas (acorde al manual de seguridad del paciente). | | | 12. Se cumple de manera adecuada y oportuna los incidentes, eventos adversos y complicaciones presentadas (acorde al manual de seguridad del paciente). | | | | | |
| 13. Participar en las actividades programadas en la Subred, capacitaciones presenciales o virtuales con el fin de mejorar la prestación de servicios a los usuarios. | | | 13. Se realiza de la participación en las actividades programadas en la Subred, capacitaciones presenciales o virtuales con el fin de mejorar la prestación de servicios a los usuarios. | | | | | |
| 14. Aplicar los atributos de la calidad en cada una de las actividades a desarrollar (continuidad, oportunidad, pertenencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia, y efectividad). | | | 14. Se realiza y se aplican los atributos de la calidad en cada una de las actividades a desarrollar (continuidad, oportunidad, pertenencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia, y efectividad). | | | | | |
| 15. En caso de ser parte de un convenio interadministrativo suscrito por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., realizar las actividades que le sean asignadas. | | | 15. Se realiza las actividades asignadas por la Subred Norte. | | | | | |
| 16. Brindar trato humano, ético y cálido al cliente interno y externo de la institución. | | | 16. Se brinda un trato humano, ético y cálido al cliente interno y externo de la institución. | | | | | |
| OBSERVACIONES: SE SOLICITAN 194 HORAS PARA EL MES DE NOVIEMBRE Y SE EJECUTA 194 HORAS | | | | | | | | |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): (2.281.828) DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE | | | | | | | | |
|  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DUVAN OSWALDO FONSECA RODRIGUEZ CC: 1010078180 | | Fecha : 30 / 11 / 2025 Firma de recibido supervisor: JEFE LUZ DARY CAMPOS MORENO | | | | | | |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor. | | | | | | | | |