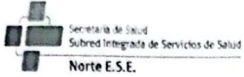
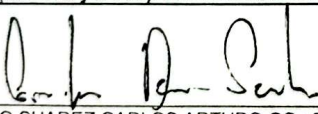


| | | | | |
|---|--|--|--|--|
|  | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | CÓDIGO: AP-CT-F-50-03 | |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | | VERSIÓN: 3 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA: 19/05/2022 | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------------|------------|-----------------|------------|------------|------------|------------|
| ÁREA Y/O SERVICIO: TRASLADOS SECUNDARIOS | | | UNIDAD: | | CALLE 80 | | | | |
| No. DE CONTRATO: 2442-2024 | | | PERIODO CERTIFICADO | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO | | | | 1 | 12 | 2024 | 31 | 12 | 2024 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: SOLANO SUAREZ CARLOS ARTURO | | | DOCUMENTO: 8781181 | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MÉDICO - TRASLADOS SECUNDARIOS. | | | | | | | | | |
| 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. | Lectura de los documentos del Sistema único de habilitación y Sistema único de acreditación, para garantizar la calidad en el desarrollo de sus actividades. |
| 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. | . lectura y adherencia a los instructivos de información. . Notifico sucesos de seguridad del paciente. . Brindo trato humanizado y respetuoso al paciente y su familia en el periodo. |
| 3. Recepción de órdenes de traslados medicalizados, con valoración médica de cada caso en particular. Reconocer los límites de su competencia y responsabilidad, realizando según sea el caso la interconsulta con otros niveles asistenciales o especialidades cuando la situación clínica lo requiera. | Se realizaron valoraciones medicas indicadas, realizó traslados a las instituciones con nivel de competencia adecuado con la patología del paciente. |
| 4. Durante el traslado Estabilización de pacientes críticos; realización de maniobras básica y avanzada de ser necesaria. | Realizó estabilización de pacientes que lo requirieron durante et traslado. |
| 5. Diligenciar la historia clínica de acuerdo a la atención médica de cada paciente y sus otros componentes que hagan parte integral de la atención, así como la fórmula médica de acuerdo a la atención prestada a cada paciente. | Diligenciamiento del total de las historias clínicas de los pacientes valorados y realización de fórmulas médicas para reposición de insumos gastados durante la atención medica. |
| 6. Cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado. | Lectura y adherencia de los manuales socializados por la coordinación. |
| 7. Sensibilización en derechos y deberes en los pacientes; cumplimiento con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades. Disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información de acuerdo al desarrollo de las actividades. | Participó en la socialización de procesos, protocolos, instructivos y demás formatos que la Subred Norte dispone para la atención de pacientes, manejando siempre confidencialidad en el desarrollo de sus actividades (custodia de historia clínica). |

| | |
|---|--|
| OBSERVACIONES: | |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): DIEZ MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE (\$10,192,500) | |
|  SOLANO SUAREZ CARLOS ARTURO CC : 8781181 | Fecha : 31 / 12 / 2024 Firma de recibido supervisor: ELIANA CRISTINA SOTELO |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor. | |