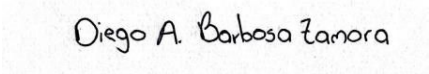


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                             |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                   |                    |            |                       |            |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--------------------|------------|-----------------------|------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                                          | <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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                   | PÁGINA : 1 DE 1    |            |                       |            |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                             |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | FECHA: 07/11/2024 |                    |            |                       |            |            |
| <b>ÁREA Y/O SERVICIO: CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                             |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                   | <b>UNIDAD:</b>     |            | <b>FRAY BARTOLOME</b> |            |            |
| <b>No. DE CONTRATO: 9133-2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                             |  |  | <b>PERIODO CERTIFICADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>Día</b>        | <b>Mes</b>         | <b>Año</b> | <b>Día</b>            | <b>Mes</b> | <b>Año</b> |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: NATHALY PUERTO BONILLA                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                             |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 1                 | 12                 | 2025       | 31                    | 12         | 2025       |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIEGO ALEJANDRO BARBOSA ZAMORA                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                             |  |  | DOCUMENTO: 1030623327                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios profesionales y de poyo a la gestión como TECNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL (HIGIENISTA ORAL ), 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 |                                                                             |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| <b>TOTAL DE EJECUCIÓN :</b> ( 100% )                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                             |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| <b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                             |  |  | <b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| 1. Aplicar las disposiciones establecidas en la Resolución 3280/2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención.                                                                                                                                  |                                                                             |  |  | "Para el mes se cumple con la demanda ofertada en la clínica Fray Bartolomé de las casas cumpliendo las agendas programadas en el aplicativo DINAMICA (Capital salud subsidiados) Horas contratadas: 186;<br><u>Horas Ejecutadas 186"</u>                                                                                           |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| 2.Adherencia y direccionamiento de los pacientes a las rutas de atención integral, con el fin de garantizar la prestación del servicio a los pacientes.                                                                                                                                                   |                                                                             |  |  | En el mes realizando direccionamientos y recepción de pacientes niños, niñas adolescentes y adultos, que pueden ser atendidas desde el programa integral brindado desde la clínica Fray Bartolomé de las casas y cumplir expectativas en salud oral.                                                                                |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| 3.Realizar actividades de promoción y prevención propias del higienista Oral, garantizando el cubrimiento de los servicios de acuerdo a la programación realizada.                                                                                                                                        |                                                                             |  |  | Realizo actividades de promoción y prevención propias de la higienista oral, garantizando el cubrimiento de los servicios con disponibilidad, de acuerdo a las necesidades.                                                                                                                                                         |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| 4. Mantener los indicadores de producción por encima del 95% y rendimiento de 3 pacientes por hora.                                                                                                                                                                                                       |                                                                             |  |  | Mantengo los indicadores de producción por encima del 95% y rendimiento de 3 cupos por hora. En cumplimiento de las 186 horas contratadas. (Total cupos de 20 min 498, inasistencias 32 realizando actividades descritas así: 50 control de placa, 61 educaciones en higiene oral, 59 aplicaciones de barniz de fluor, 45 sellantes |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| 5. Realizar reposición de inasistencia de pacientes para dar cumplimiento al porcentaje de rendimiento y producción establecidos por la Subred.                                                                                                                                                           |                                                                             |  |  | Realizo reposición de inasistencia de pacientes, para dar cumplimiento al porcentaje de rendimiento y producción establecidos por la Subred.                                                                                                                                                                                        |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| 6.Realizar seguimiento a pacientes para el desarrollo de tratamientos, demanda inducida a las actividades de promoción y prevención, teniendo en cuenta frecuencia de actividades                                                                                                                         |                                                                             |  |  | Realizar charla educativa personalizada con el fin de crear en el usuario un autocuidado en su salud oral adecuada, ayudada de medios visuales para mejor comprensión, distinguiendo <u>diferencias de edad nivel sociológico y educativo</u>                                                                                       |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| 7. Elaborar los soportes de la actividad de higiene oral como Historia clínica, consentimiento informado para los procedimientos, RIPS registro individual de Prestación de servicios, y demás ordenes de servicio que requiere el paciente según su <u>patología de acuerdo a la normativa</u>           |                                                                             |  |  | Se cumple con el registro y socialización de los distintos medios que se llevan en la Subred Norte para medir y promover la calidad del servicio Se indaga y evoluciona historia clínica teniendo en cuenta el cumplimiento de la resolución.                                                                                       |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| 8. Generar como higienista oral, los informes de producción de acuerdo a la periodicidad indicada.                                                                                                                                                                                                        |                                                                             |  |  | Se cumple con el registro y socialización de los distintos medios que se llevan en la Subred Norte para medir y promover la calidad del servicio                                                                                                                                                                                    |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| 9. Presentar como higienista oral, los informes de producción de acuerdo a la periodicidad indicada.                                                                                                                                                                                                      |                                                                             |  |  | Se realiza el registro diario de los pacientes y de las actividades realizadas con el fin de cumplir en el proceso de estadística                                                                                                                                                                                                   |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| 10. Mantener con control y monitoreo el Inventario y registro del instrumental asignado al servicio de odontología.                                                                                                                                                                                       |                                                                             |  |  | En el presente mes es registrada la ejecución de las actividades realizadas a cada paciente siguiendo los lineamientos dados.                                                                                                                                                                                                       |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| 11.Mantener en el servicio los insumos rotulados, verificación diaria de temperatura y humedad y registro en el formato establecido,                                                                                                                                                                      |                                                                             |  |  | Se cumple con el respectivo rotulado y organización de los diferentes insumos requeridos para la consulta en Higiene Oral, así mismo la socialización de los derechos y deberes, y el autocuidado en cada consulta.                                                                                                                 |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| 12.Realizar aseo, limpieza y desinfección (de acuerdo al manual de bioseguridad) de los <u>equipos instrumental y superficies que se encuentran en el servicio</u>                                                                                                                                        |                                                                             |  |  | Se cumple con el adecuado uso de los equipos, manteniendo su óptimo funcionamiento y evitar traumatismos en el servicio de la consulta en Higiene Oral.                                                                                                                                                                             |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| 13.Realizar custodia del registro manual de las historias clínicas con respectivo registro y entrega al área de Gestion Documental.                                                                                                                                                                       |                                                                             |  |  | Se lleva el registro diario y custodia temporal de los consentimientos informados para ser entregados                                                                                                                                                                                                                               |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| 14.Asegurar el cuidado y el inventario de los equipos que le sean asignados para la prestación de los servicios.                                                                                                                                                                                          |                                                                             |  |  | Aseguro el cuidado y el inventario de los equipos que le sean asignados para la prestación de los servicios.                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |                    |            |                       |            |            |
| 15.Preparar el consultorio Odontológico de acuerdo con las agendas programadas..                                                                                                                                                                                                                          |                                                                             |  |  | Se cumple con las normas de bioseguridad, aplicandolas al entorno del consultorio de higiene oral y de las actividades propias de la consulta instruidas en las guías y protocolos registrando dicha actividad en el formato indicado.                                                                                              |  |                   |                    |            |                       |            |            |



|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16.Registros, revisión y control del instrumental en las unidades que se requieran realizar el transporte a la central de esterilizacion | Se cumple con las actividades diarias y sus respectivos registros en formatos indicados de acuerdo al uso, manipulación y control tanto del instrumental como de los equipos Odontologicos. |
| 17.Participar en las actividades de promocion y mantenimiento programadas en colegios, jardines, fundaciones y demas.                    | Se realiza contacto con Fundaciones, colegios, Jardines y demás espacios donde participamos incrementando el autocuidado y realizando Jornadas de aplicación Fluor en Barniz                |
| 18.Desarrollar de manera independiente, integra, efectiva y oportuna las actividades individuales y colectivas asignadas.                | Se lleva el registro diario y custodia temporal de los consentimientos informados, para ser entregados oportunamente al area encargada de su archivo.                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19. Adherencia a los procesos establecidos por la Subred Norte (guías, manuales, protocolos, instructivos y demás).                                                                                                                                                                                       | Se cumple con el adecuado uso de los equipos, manteniendo su optimo funcionamiento y evitar traumatismos en el servicio de la consulta en Higiene Oral.                                                                           |
| 20. Adherencia a los procesos establecidos por la Subred Norte (guías, manuales, protocolos, instructivos y demás).                                                                                                                                                                                       | Se realizan las actividades propias en la consulta de higiene oral, soportadas en los manuales y protocolos correspondientes.                                                                                                     |
| 21. Dar respuesta adecuada y oportuna, dentro de los términos establecidos por la ley, a las peticiones, quejas y reclamos.                                                                                                                                                                               | Se atiende con adherencia a las distintas actualizaciones dispuestas por la parte administrativa, siguiendo los lineamientos de la Subred Norte.                                                                                  |
| 22. Reporte obligatorio de eventos de importancia en Salud Pública, de acuerdo al Decreto No.3518/2006 y según protocolos de vigilancia epidemiológica establecidos por el Instituto Nacional de Salud.                                                                                                   | No se han presentado eventos que conlleven a la incómodidad de los usuarios de la Subred Norte                                                                                                                                    |
| 23. Informar de manera adecuada y oportuna incidentes, eventos adversos y complicaciones presentadas (acorde al manual de seguridad del paciente).                                                                                                                                                        | No se han presentado casos que requieran ser intervenidos por Salud Pública                                                                                                                                                       |
| 24. Participar en las actividades programadas por la Subred, capacitaciones presenciales o virtuales con el fin de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios.                                                                                                                                 | Participo en las actividades programadas por la Subred, capacitaciones presenciales o virtuales con el fin de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios                                                               |
| 25. Aplicar los atributos de la calidad en cada una de las actividades a desarrollar (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia y efectividad) En caso de ser parte de un Convenio Interadministrativo suscrito por la Subred Integrada de Servicios de Salud | Se atiende con adherencia a las distintas actualizaciones dispuestas por la parte administrativa siguiendo los lineamientos de la Subred Norte.                                                                                   |
| 26. 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.                                                                                                                           | No hago parte de ningún convenio                                                                                                                                                                                                  |
| 27. Brindar trato humano, ético y cálido al cliente Interno y Externo de la institución                                                                                                                                                                                                                   | Se brinda el servicio con la mas alta calidad garantizando la seguridad del paciente                                                                                                                                              |
| <b>OBSERVACIONES: HORAS ELABORADAS 186 HORAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>TOTAL A PAGAR :TOTAL A PAGAR (Número y letras): DOS MILLONES TRECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE (\$2.365.920)</b>                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                   |
| <br><br><small>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIEGO ALEJANDRO BARBOSA ZAMORA CC: 1030623327</small>                  | <small>Fecha : 31/12/2025</small><br><small>Firma de recibido supervisor: NATHALY PUERTO BONILLA DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS*</small><br> |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                   |