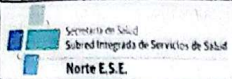


| | | | | |
|---|--|--|--|-------------------|
|  | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | CODIGO: AP-GT-F-50 | |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. | | VERSION: 4 | |
| | GESTIÓN CONTRACTUAL | | PÁGINA: 1 DE 1 | |
| | | | | FECHA: 07/11/2024 |
| ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | UNIDAD: | |
| No. DE CONTRATO: 8098-2025 | | | EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES | | | PERIODO CERTIFICADO | Año |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: LEIDY VANESSA PINZON ROJAS | | | Día | Mes |
| OBJETO DEL CONTRATO: TECNICO I AUXILIAR ENFERMERIA | | | 01 | 10 |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100 % | | | DOCUMENTO | 1000596026 |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | | | ACTIVIDADES REALIZADAS | |
| 1. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega y archivo, de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | | | manejar adecuadamente los documentos proporcionados como rotafolios documentos de consulta ,formatos de diligenciamiento que se utilicen con frecuencia | |
| 2. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales | | | mantener buena presentación personal ,tener buen uso de elementos institucionales como carnet chaqueta y demas elementos que tengan logo institucional de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E | |
| 3. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio | | | dar buen uso a los equipos biomedicos suministrados para poder realizar una optima atencion en salud | |
| 4. Se obliga a brindar el apoyo técnico, administrativo y operativo necesario para el fortalecimiento del sistema de gestión de calidad de la subred integrada de servicios de salud norte e. S. E. ,con el fin de dar cumplimiento a los estándares y requisitos exigidos por el sistema único de acreditación en salud. | | | Se realiza el apoyo técnico, administrativo y operativo necesario para el fortalecimiento del sistema de gestión de calidad de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E., con el fin de dar cumplimiento a los estándares y requisitos exigidos por el sistema único de acreditación en salud. | |
| 5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción programadas por la secretaria distrital de salud, por dirección de gestión del riesgo. | | | Se asiste a reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria distrital de salud, por dirección de gestión del riesgo, supervisora de contrato o subred. | |
| 6. Presentar soportes y auditorías programadas tanto, de la ese, sds o por entes de control | | | presentar soportes fisicos de forma adecuada sin tachones o enmendaduras en los documentos a presentar con el lider operativo asignado | |
| 7. Desarrollar las acciones previstas en los ebe de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea. | | | no se realizaron acciones para este periodo | |
| 8. Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en las diferentes intervenciones de ebe. | | | no se realizaron acciones para este periodo | |
| 9. Toma de medidas antropométricas. | | | Se realiza toma de medidas antropométricas a cada integrante de las familias caracterizadas. | |
| 10. Implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud amiliar, así como la activación de rutas integrales por medio del procedimiento de canalizaciones en caso de ser necesario. | | | realizacion de de canalizaciones ,articulaciones para agendamiento de citas medicasen caso que se requiera | |
| 11. 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. | | | Se registra en el aplicativo G-TAPS caracterizaciones cumpliendo con los atributos de calidad del mes que corresponda de toma territorial | |
| 12. 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. | | | realizar caracterizacion toma de tamizajes que muestren factores de riesgo complementando la atencion con los profesionales que conforman el programa en salud en caso que se requiera | |
| 13. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de ebe. | | | Se realiza aplicacion de tamizajes de FIDRISC, OMS, EPOC Y APGAR a la familias caracterizadas, según la necesidad. | |
| 14. 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. | | | 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 mas bienestar y sus rutas de atención para la Gestión del Riesgo en Salud soportado en los formatos establecidos por SDS. | |
| 15. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, | | | No se ejecutaron acciones para este periodo. | |
| 16. Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/o herramientas ofimáticas, propias definidas por el equipo de gestión de los ebe con las características de calidad y pertinencia técnica esperados | | | Se realizan entrega de formatos de firmas de EBEH, acorde a las acciones realizadas. | |
| 17. Aportar al proceso de archivo, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente. | | | No se ejecutaron acciones para este periodo. | |
| 18. Participar activamente en las jornadas o actividades de vacunación programadas por la institución, así como la búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación. | | | No se ejecutaron acciones para este periodo. | |
| 19. Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la subred. | | | participar activamente en fortalecimiento o actividades asignadas por la subred y lideres operativos a cargo | |
| 20. El CONTRATISTA autoriza a la Subred el manejo de sus datos personales e información que reposen en la carpeta contractual y entrega a las autoridades internas y externas, previo requerimiento | | | tener actualizado documentacion segun requerimientos realizados por la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E | |
| 21. El CONTRATISTA se obliga a devolver el carnet, chaqueta, elementos institucionales, información o bienes muebles entregados con ocasión del desarrollo de sus actividades y cumplimiento contractual. | | | entregar en su totalidad insumos biomedicos ,dotacion institucional como carnet de acreditacion con la entidad chaqueta / uniformes dados la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E | |
| 22. Se obliga a la aprobación del contrato, modificación contractual dentro del primer día hábil siguiente en la plataforma del SECOP II y/o en físico so pena de incumplimiento. | | | firmar contrato ante la plataforma del secop apenas sea cargado y notificados por los jefes operativos a cargo | |

| | |
|--|---|
| 23. Declaro bajo la gravedad del juramento la veracidad de los documentos entregados para la contratación y pago de honorarios so pena de terminación de contrato y/o denuncia penal y retención del pago. | entregar documentación pertinente sin alterar ningún documento |
| 24. Reportar el primer día hábil siguiente cualquier cambio o modificación al sistema general de seguridad social en salud y reportarlo a la Dirección de Contratación. | notificar algún cambio relevante al área encargada para poder gestionar los cambios al respecto |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$) 2.980.800 DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE (\$)


NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEIDY VANESSA PINZON ROJAS
CC 1000596026

| | | |
|--|----|------|
| 31 | 10 | 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.