

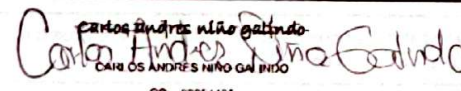
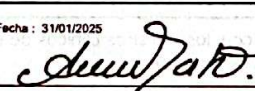
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------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

|                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                            |  |  |                               |            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------|--|--|-------------------------------|------------|-------------|
| <b>ÁREA Y/O SERVICIO: AMED</b>                                                                                                                                                                                                                            |  |  | <b>UNIDAD:</b>             |  |  | <b>HOSPITAL SIMON BOLIVAR</b> |            |             |
| <b>No. DE CONTRATO: 0010-2025</b>                                                                                                                                                                                                                         |  |  | <b>PERIODO CERTIFICADO</b> |  |  | <b>Día</b>                    | <b>Mes</b> | <b>Año</b>  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO</b>                                                                                                                                                                                                      |  |  |                            |  |  | <b>10</b>                     | <b>1</b>   | <b>2025</b> |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: CARLOS ANDRES NIÑO GALINDO</b>                                                                                                                                                                                                 |  |  | <b>DOCUMENTO: 80054435</b> |  |  | <b>31</b>                     | <b>1</b>   | <b>2025</b> |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIARES DE ENFERMERIA DE SALUD - AUXILIAR DE ENFERMERIA - MOTORIZADO - dentro de los diferentes procesos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE. |  |  |                            |  |  |                               |            |             |
| <b>TOTAL DE EJECUCIÓN (%) :</b> _____                                                                                                                                                                                                                     |  |  |                            |  |  |                               |            |             |

| 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.                                             | 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.                                              |
| 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. | 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. |
| 3. Cumplir a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Cumplir a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 4.Realizar recibo y entrega de turno con registros.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Realizar recibo y entrega de turno con registros.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 5.Cumplir manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).                                                                                                                                                                                                                                                                           | Cumplir manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 6.Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 7. Presentar Informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

**OBSERVACIONES: 136 HORAS**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (1,765,144) UN MILLON SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CIENTO CUARENTA Y CUATRO PESOS**

|                                                                                                                                   |                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>CARLOS ANDRES NIÑO GALINDO<br>CC. 80054435 | Fecha: 31/01/2025<br>Firma de recibido supervisor:  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Nota:** Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.