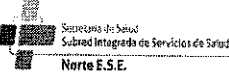
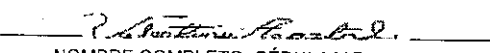



| | | | | | | |
|---|---|---------------------|--|----------|-----|------|
|  | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | CÓDIGO: AP-CT-F-50 | | | |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL | | VERSIÓN: 4 | | | |
| | | | PÁGINA: 1 DE 1 | | | |
| | | FECHA: 07/11/2024 | | | | |
| ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE URGENCIAS | | UNIDAD: | | ENGATIVÁ | | |
| No. DE CONTRATO: 1600-2025 | | PERIODO CERTIFICADO | | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO | | | | 1 | 10 | 2025 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: VALENTINA ACOSTA LOPEZ | | DOCUMENTO: 30345723 | | 31 | 10 | 2025 |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD - ENFERMERO (A) HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo con las necesidades de la institución | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100% | | | | | | |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | | | ACTIVIDADES REALIZADAS | | | |
| 1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución | | | Cumpló con los estándares de producción asignados para del servicio según los tiempos establecidos por la institución | | | |
| 2. Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos Institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería, Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo. | | | Realizo el recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, realizado las anotaciones respectivas en los registros de enfermería, distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo. | | | |
| 3. Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos. | | | Reviso y envío a farmacia las órdenes de medicamentos, administración, registro y devolución de medicamentos. Solicitud de insumos por paciente requeridos | | | |
| 4. Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva | | | Cumpló con los trámites administrativos de los pacientes de manera oportuna | | | |
| 5. Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades; Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen | | | Cumpló con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades; presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se requieran | | | |
| 6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional. | | | Asisto a capacitaciones y actividades según la programación institucional | | | |
| 7. Cumplir lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. | | | Cumpló lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. | | | |
| 8. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento. | | | Brindo información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento. | | | |
| 9. Aplicar las políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales. | | | Aplico las políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales. | | | |
| 10. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad. | | | Cumpló adherencia al manual de bio-seguridad | | | |
| 11. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública. | | | Realizo la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intra-hospitalarias y demás eventos de interés en salud pública mediante los canales dispuestos por la institución | | | |
| 12. Realizar el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan. | | | Realizo el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan. | | | |
| 13. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente | | | Cumpló con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE dispone según el perfil del contratista en la plataforma de moodle. | | | |
| 14. Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE. | | | Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE. | | | |
| OBSERVACIONES: TOTAL HORAS MES DE OCTUBRE 192-VALOR HORA \$21.000 | | | | | | |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$) 4.032.000 CUATRO MILLONES TREINTA Y DOS MIL PESOS | | | | | | |
|  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: 30345723 de La Dorada-Caldas | | | Fecha: 31 /10 /2025  Firma de recibido supervisor: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO | | | |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor. | | | | | | |