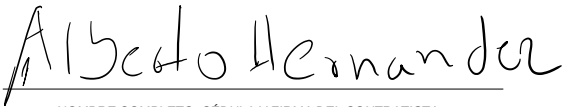


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                            |  |                                      |  |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|------------|-------------|
|                                                                                                                                                                                                                               | <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.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL |  | PÁGINA : 1 DE 1<br>FECHA: 07/11/2024 |  |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
| <b>ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE URGENCIAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |  |                                      |  |                                                                                                                     | <b>UNIDAD:</b>                                                                                                                                                               |             | <b>ENGATIVÁ</b> |            |             |
| <b>No. DE CONTRATO: 4585-2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                            |  | <b>PERIODO CERTIFICADO</b>           |  | <b>Día</b>                                                                                                          | <b>Mes</b>                                                                                                                                                                   | <b>Año</b>  | <b>Día</b>      | <b>Mes</b> | <b>Año</b>  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |  |                                      |  | <b>1</b>                                                                                                            | <b>7</b>                                                                                                                                                                     | <b>2025</b> | <b>31</b>       | <b>7</b>   | <b>2025</b> |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: LUIS ALBERTO HERNANDEZ GONZALEZ</b>                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                            |  | <b>DOCUMENTO: 1002406528</b>         |  |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como <b>AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS</b> 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 ( % ): <u>100%</u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |  |                                      |  |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
| <b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                            |  |                                      |  | <b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>                                                                                       |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
| 1. Cumplir a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.                                                                                                                                                                                            |                                                                            |  |                                      |  | Cumpló con los respectivo estándares de producción dentro de los tiempos establecidos por la institución            |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
| 2. Realizar recibo y entrega de turno con registros                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |  |                                      |  | Realizo el respectivo recibo y entrega de turno a mi compañero, dentro de los horarios establecidos.                |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
| 3.Cumplir manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).                                                                                                                                                                                  |                                                                            |  |                                      |  | Cumpló adecuadamente con el respectivo protocolo de bioseguridad, para realizar la respectiva atención al paciente. |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
| 4. Cumplir con los procesos de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.                                                                                                                                                                                       |                                                                            |  |                                      |  | Cumpló con los respectivos procesos de atención establecidos.                                                       |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
| 5. Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |  |                                      |  | Si presento los respectivos informes solicitados.                                                                   |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
| 6.Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |  |                                      |  | Cumpló dentro del cronograma establecido las actividades solicitadas.                                               |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
| 7.Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |  |                                      |  | Mantengo la confidencialidad y el respectivo secreto profesional con los datos de las personas.                     |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
| 8. Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |                                      |  | Cumpló con las respectivas políticas establecidas.                                                                  |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
| 9. Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.                                                                                                                                                     |                                                                            |  |                                      |  | Realizo los respectivos registros de historias clínicas y notas de enfermería en el sistema dinámica.               |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
| 10. Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso.                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |                                      |  | Brindo la adecuada información clara y oportuna al paciente y al acompañante.                                       |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
| 11. Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.                                                                                                                                                                                            |                                                                            |  |                                      |  | Me adapto adecuadamente a las políticas establecidas por la institución.                                            |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
| <b>OBSERVACIONES: 180 Horas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                            |  |                                      |  |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
| <b>TOTAL A PAGAR :2.117.160 Dos millones ciento diecisiete mil ciento sesenta pesos \$ M/CTE</b>                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |  |                                      |  |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |
| <br>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br>CC: 1002406528                                                                                                                                                     |                                                                            |  |                                      |  |                                                                                                                     | Fecha: 31 /07 /2025<br><br>Firma de recibido supervisor: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO |             |                 |            |             |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                                 |                                                                            |  |                                      |  |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                              |             |                 |            |             |