

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---------------------|--|---|-----|---------------|-----|-----|------|
|  Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | CÓDIGO: AP-CT-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 URGENCIAS | | | | | UNIDAD: | | SIMÓN BOLÍVAR | | | |
| No. DE CONTRATO: CPS-5991-2025 | | | PERIODO CERTIFICADO | | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO | | | | | 1 | 10 | 2025 | 31 | 10 | 2025 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: JHON FREDY MOLINA ESPITIA | | | DOCUMENTO: 79996052 | | | | | | | |
| 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 establecidos por la institución en el servicio de Urgencias, atención en tiempos establecidos, pacientes asignados, traslado de los mismos en los turnos . | | | | | |
| 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. | | | | | Realice recibo y entrega de turno cumpliendo con los protocolos y manual de funciones contratado | | | | | |
| 3.Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos. | | | | | Realice turnos y en cada uno de ellos se reviso y envió a farmacias las ordenes de medicamentos, hay registro de estos en el sistema. | | | | | |
| 4. Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva | | | | | Tramite en los turnos realizados el tramite pertinente y necesario en pro del beneficio del paciente y la institución ante el área administrativo | | | | | |
| 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 | | | | | Realice turnos y en cada uno de ellos se reviso y envió a farmacias las ordenes de medicamentos, hay registro de estos en el sistema. | | | | | |
| 6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional. | | | | | Asistí a cada una de las capacitaciones y actividades programadas dejando registro de estas. | | | | | |
| 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. | | | | | Cumplí con los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades contratadas en los turnos. | | | | | |
| 8. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento. | | | | | Brinde información a los usuarios y sus familias educando tratamiento ordenado , riesgos de caída, interacción de medicamentos buscando su tranquilidad en cada uno de los turnos | | | | | |
| 9. Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales. | | | | | Aplique en cada uno de los turnos las políticas, guías , manuales establecidos | | | | | |
| 10. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad. | | | | | Durante cada uno de los turnos me adherí a las indicaciones del manual de bioseguridad. | | | | | |
| 11. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública. | | | | | Realice las respectivas notificaciones que aplican a mis funciones | | | | | |
| 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. | | | | | Realice los traslados y seguimiento de ordenes en cada uno de los 30 turnos realizados | | | | | |
| 13. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente | | | | | Realice cada una de las capacitaciones virtuales y/o presencial programada por la institución. | | | | | |
| 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 solicitudes por la Subred Norte ESE. | | | | | Realice las evaluaciones programadas por la institución. | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | | | |
| TOTAL, A PAGAR (3906000): TRESMILLONES NOVECIENTOS SEISMIL PESOS M/CTE (\$) 3.906.000 | | | | | | | | | | |
|  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: | | | | | Fecha: 31/07/2025  Firma de recibido supervisor: Supervisor: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO | | | | | |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor. | | | | | | | | | | |