

|  |   |  |  |                       |  |  |                    |  |     |     |      |
|--|---|--|--|-----------------------|--|--|--------------------|--|-----|-----|------|
|   | 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: DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD  |   |  |  |                       |  | UNIDAD:  |                    | Equipos Basicos<br>Extramurales<br>Hogar |     |     |      |
| No. DE CONTRATO: CPS-8060-2024   |   |  |  | PERIODO CERTIFICADO   |  | Día  | Mes                | Año                                      | Día | Mes | Año  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES  |   |  |  |                       |  | 1  | 08                 | 2025                                     | 31  | 8   | 2025 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: JENNIFFER NATALIA SANCHEZ PIÑEROS  |   |  |  | DOCUMENTO: 1010190077 |  |  |                    |  |     |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 - ENFERMERO (A)   |   |  |  |                       |  |  |                    |  |     |     |      |
| TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100%   |   |  |  |                       |  |  |                    |  |     |     |      |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS   |   |  |  |                       |  | ACTIVIDADES REALIZADAS   |                    |  |     |     |      |
| 1-Estructurar y desarrollar sesiones de Información, educación y comunicación, con actores Institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados por los EBEH.  |   |  |  |                       |  | Para el presente mes no se realizó sesiones con líderes comunitarios   |                    |  |     |     |      |
| 2-Identificación, caracterización y evaluación del perfil de rasgo individual y colectivo en población de los diferentes cursos de vida, en el marco de la operativización de acciones de los EBEH.  |   |  |  |                       |  | Para el presente mes se realizaron 75 acciones colectivas evaluación del riesgo de forma colectiva e individual.                                       |                    |  |     |     |      |
| 3-Desarrollar interacciones integradas e integrales relacionadas con el seguimiento a cohortes específicas, en donde se implementan acciones en familias con prioridad por condiciones de mayor riesgo.  |   |  |  |                       |  | Se realizaron 75 implementaciones acciones en familias con prioridad por condiciones de riesgo   |                    |  |     |     |      |
| 4-Aplicación de los tamizajes estipulados para el perfil, aplicación de pruebas rápidas y tratamiento de Sífilis.  |   |  |  |                       |  | Se aplicaron tamizajes respectivos según curso de vida a las familias que se abordaron. No se realizaron pruebas rápidas                               |                    |  |     |     |      |
| 5-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.  |   |  |  |                       |  | Se realizó promoción en los diferentes cursos dando herramientas para el autocuidado y desarrollo integral   |                    |  |     |     |      |
| 6-Realizar los acercamientos comunitarios e Institucionales que se requieran para el desarrollo de las acciones programadas.   |   |  |  |                       |  | Para el presente mes no se realizó acercamientos a instituciones y comunidades específicas   |                    |  |     |     |      |
| 7-implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar, así como apoyo a la asignación de citas a consulta, en articulación con la ruta de Promoción y Mantenimiento y las diferentes rutas de riesgo.   |   |  |  |                       |  | Se implementaron acciones promocionales, mantenimiento y recuperación con las familias con mira en sus riesgos dando continuidad a su proceso de salud |                    |  |     |     |      |
| 8-En cumplimiento normativo al proceso de atención individual domiciliaria, se deberá garantizar el registro de información correspondiente a esta en la Historia Clínica y el aplicativo G-TAPS, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos de admisión y el código CUPS respectivo de la actividad. |   |  |  |                       |  | No se realizó proceso de atención individual domiciliaria para el presente mes   |                    |  |     |     |      |
| 9-Elaborar y entregar oportunamente los reportes, Informes, bases, tableros de control y/o herramientas ofimáticas, con las características de calidad y pertinencia técnica esperada.   |   |  |  |                       |  | se alimenta diferentes bases con la información de las acciones realizadas para el presente mes  |                    |  |     |     |      |
| De otra parte, se realizó pago del reajuste los honorarios mediante adición al contrato, dando cumplimiento a lo establecido en el convenio interadministrativo 7124327-2024 EBEH, suscrito entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E y el fondo Financiero Distrital de Salud-FFDS.                   |   |  |  |                       |  |  |                    |  |     |     |      |
| Para un Valor de \$0   |   |  |  |                       |  |  |                    |  |     |     |      |
| OBSERVACIONES:   |   |  |  |                       |  |  |                    |  |     |     |      |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE   |   |  |  | \$ 4.373.821          |  | CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS VEINTIÚN  |                    |  |     |     |      |
|   |   |  |  |                       |  | 31 8 2025  |                    |  |     |     |      |
|  |   |  |  |                       |  | Firma de recibido supervisor: INGRID PAOLA LOZANO TORRES   |                    |  |     |     |      |
| NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNIFFER NATALIA SANCHEZ PIÑEROS<br>CC 1010190077  |   |  |  |                       |  |  |                    |  |     |     |      |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.  |   |  |  |                       |  |  |                    |  |     |     |      |