Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CODIGO: AP-CT-F-50
		VERSION: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE URGENCIAS				**UNIDAD:**		**ENGATIVÁ**		
No. DE CONTRATO:3044-2026	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO		1	02	2026	28	02	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Mariana Andrea Torres González	**DOCUMENTO: 1020812004**						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como **PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA 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 (%): _____								

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución	Atención de los pacientes en los tiempos establecidos
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.	Recibo y entrega de turno en compañía del personal auxiliar
3.Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos.	Adecuado cumplimiento del tratamiento farmacológico
4. Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva	Seguimiento a los procesos de referencia y contrareferencia
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	Presentación de informes, listas, diligenciamiento de formato de carro de paro, kits de emergencia, etc …
6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	Aprendizaje en las capacitaciones asistidas
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.	Cumplimiento de los plazos para optimización de procesos
8. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.	Educación al paciente y a su familia
9. Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.	Aplicación de la normatividad de la subred
10. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad.	Acatar las normas de bioseguridad
11. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.	Notificación por medio de la historia clínica
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.	Realizar traslados de pacientes entre la subred y/o por la eps
13. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	Asistencia, diligenciamiento de pre test y pos test
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.	Realizar diligenciamiento a conciencia de las evaluaciones de conocimiento.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)4.152.768 CUATRO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

Mariana A. Torres 1020812004

Mariana Andrea Torres González 1020812004

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC:

Fecha : 28/02/2026

Firma de recibido supervisor:
ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO

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