

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>					CÓDIGO: AP-CT-F-50				
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN					VERSIÓN: 4				
						PÁGINA: 1 DE 1				
					FECHA: 07/11/2024					
<b>ÁREA Y/O SERVICIO:</b> Hospital Simon Bolívar					<b>UNIDAD:</b>		<b>Unidad Renal</b>			
<b>No. DE CONTRATO:</b> 2048-2025					<b>PERIODO CERTIFICADO</b>		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b> LUZ DARY CAMPOS MORENO					1	10	2025	31	10	2025
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b> CRISTIAN ALEXANDER MARTINEZ TRUJILLO					<b>DOCUMENTO:</b> 1012432951					
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA en la DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.										
<b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ):</b> 100%										
<b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS</b>					<b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>					
1. Realizar recibo y entrega de turno, con los respectivos registros de enfermería					1. Se realiza recibo y entrega de turno, con los respectivos registros de enfermería					
2. Cumplir con las actividades de acuerdo al cronograma del servicio					2. Se realiza el cumplimiento con las actividades de acuerdo al cronograma del servicio					
3. Confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de actividades.					3. Se cumple con la confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de actividades.					
4. Realizar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999.					4. Se realiza los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999.					
5. Realizar los procedimientos acordes al perfil de auxiliar de enfermería, habilitados en la subred Norte.					5. Se realiza los procedimientos acordes al perfil de auxiliar de enfermería, habilitados en la subred Norte.					
6. Asegurar el cuidado de los equipos que le sean asignados para la prestación de servicios. Si estos pertenecen al contratista, presentar hoja de vida, cronograma de mantenimiento y ficha técnica del equipo, último reporte de mantenimiento realizado al equipo y registro INVIMA del personal que realiza el mantenimiento a los equipos, cronograma de capacitación o certificado del personal que maneja los equipos, anexar protocolo de limpieza y desinfección de cada equipo.					6. Se cumple con el cuidado de los equipos que le sean asignados para la prestación de servicios. Si estos pertenecen al contratista, presentar hoja de vida, cronograma de mantenimiento y ficha técnica del equipo, último reporte de mantenimiento realizado al equipo y registro INVIMA del personal que realiza el mantenimiento a los equipos, cronograma de capacitación o certificado del personal que maneja los equipos, anexar protocolo de limpieza y desinfección de cada equipo.					
7. Participar en la elaboración de las guías de manejo institucional, protocolos, manuales y demás documentación.					7. Se realiza la participación en la elaboración de las guías de manejo institucional, protocolos, manuales y demás documentación.					
8. Adherencia a los procesos establecidos por la Subred Norte (Guías, manuales, protocolos, instructivos y demás).					8. Se cumple con la adherencia a los procesos establecidos por la Subred Norte (Guías, manuales, protocolos, instructivos y demás).					
9. Adherencia a los procesos de habilitación y acreditación promovidos por la Subred.					9. Se cumple con la adherencia a los procesos de habilitación y acreditación promovidos por la Subred.					
10. Dar respuesta adecuada y oportuna, dentro de los términos establecidos por la ley, a las peticiones, quejas y reclamos.					10. Se realiza cumplimiento de la respuesta adecuada y oportuna, dentro de los términos establecidos por la ley, a las peticiones, quejas y reclamos.					
11. Realizar el obligatorio de eventos de importancia en salud pública, de acuerdo al Decreto No. 3518/2006 y según los protocolos de vigilancia epidemiológica establecidos por el Instituto Nacional de Salud.					11. Se realiza el obligatorio de eventos de importancia en salud pública, de acuerdo al Decreto No. 3518/2006 y según los protocolos de vigilancia epidemiológica establecidos por el Instituto Nacional de Salud.					
12. Informar de manera adecuada y oportuna los incidentes, eventos adversos y complicaciones presentadas (acorde al manual de seguridad del paciente).					12. Se cumple de manera adecuada y oportuna los incidentes, eventos adversos y complicaciones presentadas (acorde al manual de seguridad del paciente).					
13. Participar en las actividades programadas en la Subred, capacitaciones presenciales o virtuales con el fin de mejorar la prestación de servicios a los usuarios.					13. Se realiza de la participación en las actividades programadas en la Subred, capacitaciones presenciales o virtuales con el fin de mejorar la prestación de servicios a los usuarios.					
14. Aplicar los atributos de la calidad en cada una de las actividades a desarrollar (continuidad, oportunidad, pertenencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia, y efectividad).					14. Se realiza y se aplican los atributos de la calidad en cada una de las actividades a desarrollar (continuidad, oportunidad, pertenencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia, y efectividad).					
15. En caso de ser parte de un convenio interadministrativo suscrito por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., realizar las actividades que le sean asignadas.					15. Se realiza las actividades asignadas por la Subred Norte.					
16. Brindar trato humano, ético y calido al cliente interno y externo de la institución.					16. Se brinda un trato humano, ético y calido al cliente interno y externo de la institución.					
<b>OBSERVACIONES:</b> SE SOLICITAN 215 HORAS PARA EL MES DE OCTUBRE Y EJECUTA 215 HORAS										
<b>TOTAL A PAGAR (Número y letras):</b> (2.528.830) DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE										
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CRISTIAN ALEXANDER MARTINEZ TRUJILLO CC: 1012432951					Fecha: ____ 31 ____ / ____ 10 ____ / 2025 Firma de recibido supervisor: JEFE LUZ DARY CAMPOS MORENO					
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.										