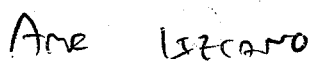


|                                                                                   |                                                                                              |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|  | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                           | CÓDIGO: AP-CT-F-50                  |
|                                                                                   |                                                                                              | VERSIÓN: 4                          |
|                                                                                   | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.</b><br><b>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b> | PÁGINA: 1 de 1<br>FECHA: 07/11/2024 |

|                                                                          |  |  |  |                      |                      |     |              |            |     |     |
|--------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------|----------------------|-----|--------------|------------|-----|-----|
| ÁREA Y/O SERVICIO: AMBULANCIAS APH - CONVENIO 7119818 DE 2024            |  |  |  |                      | UNIDAD:              |     | USS Calle 80 |            |     |     |
| No. DE CONTRATO: 3823-2025                                               |  |  |  | Periodo certificado: | Día                  | Mes | Año          | Día        | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO                            |  |  |  |                      | 01/07/2025           |     |              | 31/07/2025 |     |     |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: LIZCANO TARAZONA ANA CELIA                       |  |  |  |                      | DOCUMENTO:1127611364 |     |              |            |     |     |
| OBJETO DEL CONTRATO: POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MEDICO (A) GENERAL |  |  |  |                      |                      |     |              |            |     |     |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%                                             |  |  |  |                      |                      |     |              |            |     |     |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                                                         | Todos los equipos biomédicos que ingresaron o fueron retirados de la ambulancia para dar cumplimiento con los cronogramas de mantenimiento preventivo y/o correctivo se garantizó su limpieza y desinfección. Los guardianes permanecen en soportes fijos y rotulados. Todas las o letreros informativos dentro de la ambulancia son en material no lavable. |
| Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.                            | Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional y de procesos realizadas por la coordinación en los cronogramas establecidos por la misma. Se adopta la implementación tecnológica asumida por la unidad funcional de APH para el registro de los traslados y/o valoraciones realizados en ambulancia.                                      |
| 1. Prestar servicios profesionales como médico general del programa de Atención Prehospitalaria de la sub red integrada de Salud Norte E.S.E. durante el tiempo de disponibilidad indicado en el requerimiento, cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud. Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes | Se asiste a los turnos programados los cuales son recibidos de manera presencial                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 2. Realizar cambio de turno de manera presencial teniendo en cuenta lo estipulado en el PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA MI-GU-P-03.                                                                                                                                                                                                                                                             | Se asiste a los turnos programados los cuales son recibidos de manera presencial                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 3. Despacho: 3.1 Recepción y confirmación de datos. 3.2 Supervisión del uso de elementos de seguridad. 3.3 Coordinar la elección de ruta de desplazamiento. 3.4 Reporte de novedades durante el desplazamiento.                                                                                                                                                                                                                 | Se portaron los elementos de identificación aportados por la Subred, se veló por la seguridad del paciente en todas las valoraciones y/o traslados realizados lo estipulado en las guías y protocolos                                                                                                                                                        |
| 4. Atención del incidente: 4.1 Arribo de la escena. 4.2 Atención del paciente. 4.3 Reporte de datos. 4.4 Monitoreo continuo durante el traslado del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fueron realizadas las valoraciones y o traslados despachados desde la central del CRUE                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 5. Entrega del paciente: 5.1 Presentación del paciente. 5.2 Apertura de Historia Clínica. 5.3 Reporte de condición de realistamiento y disponibilidad                                                                                                                                                                                                                                                                           | Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las guías y protocolos                                                                                                                                                                                                                                            |
| 6. Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Norte E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                 | Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional y de procesos realizados por la coordinación en los cronogramas establecidos por la misma. Se adopta la implementación tecnológica asumida por la unidad funcional de APH para el registro de los traslados y/o valoraciones realizados en ambulancia.                                      |
| 7. Reporte de sucesos de seguridad, Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.                                                                                                                                                                                                                                             | Se portaron los elementos de identificación aportados por la Subred, se velo por la seguridad del paciente en todas las valoraciones y/o traslados realizados                                                                                                                                                                                                |
| 8. garantizar el diligenciamiento de la historia clínica de las valoraciones y/o traslados y la captura de los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones                                                                                                                                                                                           | Se realiza se seguimiento y control del diligenciamiento permanente con documentación completa en proforma NETUX                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9. Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE.                                                                                           | Dar respuesta oportuna a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. |
| 10. Garantizar la debida utilización custodia y reposición de medicamentos controlados.                                                                                                                                                                                                           | Se realiza seguimiento y control del diligenciamiento de libros de controlados entregados en cada turno                                                                                                 |
| 11. Otras actividades asignadas de acuerdo al objeto del contrato y a las necesidades del servicio, las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de las Unidades de la Subred Norte E.S.E                                                                                                     | se entrega Actas de asistencia custodiadas por la coordinación de la unidad funcional                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Observaciones: TRUE, 186 HORAS CERTIFICADAS</b><br>Forma de pago: el valor mensual se liquidará de acuerdo al registro de tiempo operativo en la plataforma netux y el resultado de los indicadores de disponibilidad y/o cumplimiento de horas ofertadas que entrega el CRUE por mes vencido. |                                                                                                                                                                                                         |
| <b>TOTAL A PAGAR (Número y Letras): (\$7.108.548,00) &lt; SIETE MILLONES CIENTO OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO M/CTE &gt;</b>                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                         |
| <br>LIZCANO TARAZONA ANA CELIA<br>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br>C.C: 1127611364                                                                                                            | Fecha: 31/07/2025<br><br>Firma de recibido supervisor: <b>Eliana Cristina Sotelo</b>                                 |
| Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                         |