

| | | | | | | | | |
|--|--|---------------------|---|-----|------|-----|-----|------|
|  | 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: OTORRINOLARINGOLOGÍA | | | UNIDAD: | | | | | |
| No. DE CONTRATO: 0333-2024 | | PERIODO CERTIFICADO | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO | | | 1 | 01 | 2025 | 31 | 1 | 2025 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: JUAN PABLO NAVARRO PEREZ | | DOCUMENTO: | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO ESPECIALISTA - OTOLOGIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución | | | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): _____ | | | | | | | | |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | | | ACTIVIDADES REALIZADAS | | | | | |
| 1. 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, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. | | | Se contribuyo con el mantenimiento y mejora del sistema de Garantia de Calidad que forma parte del Sistema de Habilitación, Acreditación y Sistema de Información relacionado con el servicio de Otologia y Otoneurologia. | | | | | |
| 2.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 implementaron y llevaron a cabo los componentes del Sistema de acreditación en lo referente a la Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión Clínica y Tecnológica, Responsabilidad social, y atención al usuario teniendo en cuenta las funciones asignadas al servicio de Otología y Otoneurologia | | | | | |
| 3.Realizar consulta e interconsulta en los servicios hospitalarios y de urgencias, garantizando el cubrimiento de los servicios (incluye fines de semana y festivos) de acuerdo a la programación realizada. | | | Se llevo a cabo la programación asignada en el servicio de Otologia y Otonerologia, realizando consultas y respuestas a interconsultas en el periodo de enero 2025. | | | | | |
| 4.Realizar consulta programada de en el área de consulta externa | | | Se llevo a cabo la programación asignada en el servicio de Otología y Otonerología durante el mes de enero 2025 | | | | | |
| 5.5. Realizar procedimientos quirúrgicos según agenda de programación y/o solicitud de urgencias, dando cumplimiento a los tiempos quirúrgicos establecidos por la Subred. | | | Se llevo a cabo la programación de cirugias asignadas en el servicio de Otología y Otonerologia. | | | | | |
| 6. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1996 de 1999. Realizar las respectivas ordenes medicas POS y NO POS. | | | Se realizó el adecuado registro y diligenciamiento de cada uno de los formatos requeridos en el servicio de Otología y Otoneurología para el cumplimiento de la norma institucional y de ley. | | | | | |
| 7. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento. | | | En relación a la consulta y los procedimientos quirúrgicos se proporcionó la información completa al paciente de su estado de salud y plan de tratamiento a ejecutar y ejecutado de manera oportuna y eficaz. | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): OCHO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE (\$8848620) | | | | | | | | |
|  JUAN PABLO NAVARRO PEREZ CC: 79570782 BTA | | | Fecha : ____/____/____  Firma de recibido supervisor: _____ | | | | | |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor. | | | | | | | | |