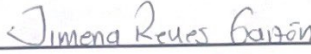
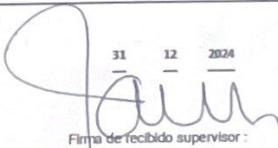
		INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				CÓDIGO: AP-CT-F-50-03 VERSIÓN: 3	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN				PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 19/05/2022	
ÁREA Y/O SERVICIO:		DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				UNIDAD:	
		EBE-H					
No. DE CONTRATO:	9475-2024	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes
			12	12	2024	31	12
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		INGRID PAOLA LOZANO TORRES				12 12 2024 31 12 2024	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JIMENA ALICIA REYES GARZÓN					
OBJETO DEL CONTRATO:		Profesional universitario II - Enfermera				DOCUMENTO:	
		1073382678					
TOTAL DE EJECUCIÓN (%) :		100 %					
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS		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 realizaron sesiones con líderes comunitarios					
2. Identificación, caracterización y evaluación del perfil de riesgo 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 60 caracterizaciones y 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 implementaron 36 acciones en familias con prioridad por condiciones de mayor 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 realizaron 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		Se realizaron 24 procesos 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 entregaron 60 plantillas con planes de cuidado, se alimenta diferentes bases con la información de las acciones realizadas para el presente mes					
10. Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la Subred Norte.		Se asistió a todas las capacitaciones y diferentes reuniones programadas cumpliendo con las 24 horas de fortalecimiento técnico por parte de la SDS y la subred integrada de servicios de salud norte ESE					
11. - Aportar a los procesos de archivo general, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente		No se realizó actividad de archivo para el presente mes					
OBSERVACIONES:							
TOTAL A PAGAR (Número y letras):		M/CTE (\$)		2.802.995		DOS MILLONES OCHOCIENTOS DOS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE	
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:		CC. 1.073.382.678		 31 12 2024 Firma de recibido supervisor:		INGRID PAOLA LOZANO TORRES Directora de Gestión del Riesgo en Salud	
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.							