Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FONTIBON							**Sede: FONTIBON**			
No. DE CONTRATO:3759-2020		**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	3	2.020		31	3	2.020		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DEIMER ANDRES PEREZ		**C. C.**	1.022.926.655			**DE**	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TECNICO ADMINISTRATIVO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institución

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X___ NO ____ Servicios: SI ___ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.. Realizar el mantenimiento de la cantidad de equipos biomédicos correspondiente a las áreas asignadas de acuerdo al cronograma establecido, correspondiente al mes en teniendo en cuenta que el pago del será de acuerdo al cumplimiento de por lo menos el 90 % de la meta mensual establecida.	**SI**	Se realiza mantenimiento, dando cumplimiento al cronograma establecido del mismo. Supervizado por el ingemiero Biomedico acargo de la zona	Brazaletes, bombillos y olivas
2. Realizar el mantenimiento correctivo de acuerdo al manejo que se le debe dar a cada equipo teniendo en cuenta las prioridades e indicaciones establecidas por el supervisor del contrato y utilizando repuestos o accesorios suministrados.	**SI**	Se realiza mantenimiento, dando cumplimiento al cronograma establecido de la zona	Formatos de mantenimiento
3. Solicitar de manera oportuna los materiales, suministro y elementos besicos necesarios para llevar acabo el mantenimiento correctivo y preventivo al líder de proceso	**SI**	Se solicitò material para poder ejecutar labores de mantenimiento y demas	Formatos de mantenimiento, carpetas y demas
4. apoyar la instalación, movimientos y traslado de equipos, acorde a las instrucciones del supervisor del contrato	**SI**	se realizò apoyo a hospital de kennedy en actividaes solicitadas por supeizor biomedico	carpetas formatos entre otros
5. realizar la rutina de inspección de los equipos de las áreas asignadas asegurando su correcto funcionamiento.	**SI**	Se verifican estado de equipos y se informa a supervisor biomedico del estado de las mismas	
6.Realizar el archivo y mantenimiento documental del las hojas de vida de los equipos de las áreas asignadas, velando por el cumplimiento de la resolución 2003/2014	**SI**	Se realiza actualizacion de las hojas de vida de equipos, y se adjuntan reportes de mantenimiento de los mismos	Formatos de mantenimiento y hoja de vida
7. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de terminación del contrato.	**SI**	Se realizan pagos de aportes acorde a lo establecido con el minimo 40% de salario devengado	Formato de planilla entregado
8. Diligenciar los formatos de mantenimientos preventivos y/o correctivos ejecutados en el día	**SI**	Se diligencian formatos suministrados por supervisor biomedico	Formatos de mantenimiento
9.contribuir para que las actividades se realicen en la compañía se enmarquen dentro la misión, visión y objetivos de la organización, como también los lineamientos del sistema de gestión de calidad de soporte	**SI**	Se apoyan actividades de mantenimiento programadas	Formatos de mantenimiento
10. participar activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de acreditación que apunta al mejoramiento continuo de la entidad	**SI**	Se realiza acompañamiento de tareas establecidas por el supervisor biomedico	Se acompañan en las actividades impuestas
11.Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizarlos en el diario quehacer de la Entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en lapresentación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros, con el fin de apoyar la Acreditación del Hospital	**SI**	Se estudia a cabalidad normatividad para poder dar apoyo en las actividades solicitadas prestando un servicio optimo con amabilidad y respeto	Se estudia a cabalidad normatividad para poder dar apoyo en las actividades solicitadas prestando un servicio optimo con amabilidad y respeto
12. Conocer, incorporar y aplicar las herramientas impartidas por el unidad para la implementación de los Sistemas Integrados de Gestión de la Calidad y control con énfasis en la Acreditación de la Entidad	**SI**	Se ejecutan actividades acorde a las necesidades de la institucion, utilizando los medios y las herramientas suministradas para ejecutar dichas actividades	Se ejecutan actividades acorde a las necesidades de la institucion, utilizando los medios y las herramientas suministradas para ejecutar dichas actividades
13.Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al dia	**SI**	Se mantienen al dia canales de informacion suministrados por supervisor biomedico	se utilizan herramientas ofimaticas
14.Utilizar los implementos de seguridad y protección personal requeridos en el área y cumplir con las normas de higiene para el ingreso a las áreas.	**SI**	Se utilizan guantes, tapabocas y demas utencilios suministrados para ejecutar las actividades impartidas	guantes, tapabocas
15.Cumplir con la normatividad vigente en las operaciones que se desarrollan en sus actividades diarias,	**SI**	Se realizan actividades acorde a la norma vigente de la institucion prestando un servicio optimo y oportuno	Se realizan actividades acorde a la norma vigente de la institucion prestando un servicio optimo y oportuno
16.Informar al ingeniero encargado de la unidad cualquier tipo de anomalia o novedad relacionada con los equipos a su cargo en la sede.	**SI**	Se informa a ingenieros de las actividades realizadas, pendientes por suministros y reparaciones realizadas en las instituciones a cargo	repuestos y demas
17,Realizar las verificaciones de instalaciones y equipos para detectar necesidades en el mantenimiento de estas	**SI**	Se realizan visitas de verificaciòn de equipos y se informa de necesidades de suministros daños y demas al ingeniero a cargo	Reportes de servicio diligenciados
18,Realizar limpieza de los equipos designados del área antes y ctespues de realizar la rutina de mantenimiento, asi m,ismo verificar que el servicio se lo entregue limpio ydesinfeclado	**SI**	se hacen entregas de equipos limpios despues de ser intervenidos tanto en mntenimientos preventivos como correctivos	Reportes de servicio diligenciados
19,Ejecer todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor o coordinador afines e inherentes a la naturaleza de su cargo	**SI**	Se realizaron a cabalidad actividades asignadas por el ingeniero a cargo sin dejar pendientes que interrumpieran la prestacion del servicio	Reportes de servicio diligenciados
20, Realizar conceptos técnicos de sugerencia de baja de los equipos derivados de las actividades de mantenimiento realizadas	**SI**	**Se dan diagnosticos tecnicos de los equipos que requieren salir de puesta en funcionamiento, apoyando asi dar de bajas equipos obsoletos o en mal estado fisico, funcional**	Reportes de servicio diligenciados
21, Apoyo en labores de gases medicinales de Fontibon **(BPM)**	**SI**	**Se realiza apoyo en las labores de inspaccion, limpieza y diligenciamiento de formatos en la red de gases medicinales de la planta de Fontibon Sabados y Domingos los dias (1,14 ,15,28,29 de MARZO)**	FORMATOS, AGUA COMPRESAS Y DETERGENTES DE LIMPIEZA PARA TUBERIA Y EQUIPOS

OBSERVACIONES: Total a pagar (numero y letras): 2,634,147 Dos millones seiscientos treinta y cuatro mil ciento cuarenta y siete pesos.

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_____

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:_____

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.