

| INFORME DE EJECUCION DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     | CODIGO: AP/CI-F-50                                                                                                                                                                                                                               |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|---|----|------|----|---|------|--|
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     | VERSION: 4                                                                                                                                                                                                                                       |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     | PAGINA: 1 DE 1                                                                                                                                                                                                                                   |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     | FECHA: 07/11/2024                                                                                                                                                                                                                                |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| AREA Y/O SERVICIO: IMÁGENES DIAGNOSTICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | UNIDAD: SUBA                                                                                                                                                                                                                                     |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| No. DE CONTRATO: 3614-2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     | <table border="1"> <tr> <th>PERIODO CERTIFICADO</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>04</td> <td>2025</td> <td>30</td> <td>4</td> <td>2025</td> <td></td> </tr> </table> |     | PERIODO CERTIFICADO | Día  | Mes | Año | Día | Mes | Año | 1 | 04 | 2025 | 30 | 4 | 2025 |  |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Día | Mes                                                                                                                                                                                                                                              | Año | Día                 | Mes  | Año |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 04  | 2025                                                                                                                                                                                                                                             | 30  | 4                   | 2025 |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: MARTHA BIBIANA BERNAL RODRIGUEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: GUEVARA PEÑA JUAN CARLOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     | DOCUMENTO: 5402851                                                                                                                                                                                                                               |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar sus servicios como Facturador, transcriptor en el área de Imágenes Diagnósticas de la Subred Norte E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                           |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 1. Brindar apoyo a los usuarios que requieran algún servicio del área de Imagenología, brindando atención con calidad, oportunidad, calidez, seguridad y continuidad.                                                                                                                                                                                                                                                                        |     | Recibi los usuarios del servicio de imágenes diagnósticas de la sede del cse de suba.                                                                                                                                                            |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 2. Colaborar en las respuestas a las diferentes áreas como ambulatorios, urgencias y hospitalización, verificando el agendamiento, la orden medica, el proceso de facturación y trazabilidad de la misma solicitud.                                                                                                                                                                                                                          |     | Verifique la agenda las ordenes medicas y la facturación en la sede cse de suba.                                                                                                                                                                 |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 3. Verificar la documentación de actividades realizadas según herramientas establecidas por el servicio para el cumplimiento de los indicadores de oportunidad y calidad del servicio en el proceso de atención.                                                                                                                                                                                                                             |     | Realice el cruce de la base de los conocimientos informados para indicar el cumplimiento en historias clinicas                                                                                                                                   |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 4. Apoyar la transcripción de (Rayos x 30 x hora), Ecografías (4 x hora), Doppler (4 x hora), Tomografías (6 x hora) y Resonancias Magneticas (6 x hora) de los estudios tomados y leídos, dando respuesta según la promesa de valor del servicio de Imagenología, este estándar aplica para personas que estén realizando solamente actividades de transcripción, para personas que estén en admisiones el estándar sera 2 a 4 rx por hora. |     | transcribi estudio de los rayos x de la sede chapinero                                                                                                                                                                                           |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 5. Consolidar los puntos de control durante la admisión, atención y entrega de resultados, apoyando activamente en cumplir los procesos y procedimientos del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                       |     | Realice la recepción y seguimiento a las ordenes recibidas en la ventanilla de admisiones de la sede de chapinero                                                                                                                                |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 6. Apoyar la organización y la implementación de los procesos de Habilitación y Acreditación de la Subred Norte.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     | Participo en el alistamiento de la visita de habilitación                                                                                                                                                                                        |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 7. Realizar entrega de turno y velar por la custodia de los equipos asignados según lo establecido desde la coordinación de Imagenología.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     | Realice entrega de turno con su respectiva informe a mis coordinadores.                                                                                                                                                                          |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 8. Realizar solicitud de insumos y materiales necesarios para el desempeño de las actividades y dar aviso oportuno a las necesidades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     | Solicite lo resma de papel y al tóner para el respectivo                                                                                                                                                                                         |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 9. Realizar el seguimiento al proceso de admisiones, trazabilidad, creación, validación y rechazo de ordenes medicas con el fin de depurar el sistema.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     | Realice el seguimiento de creación validación y rechazo de las ordenes medicas                                                                                                                                                                   |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 10. Identificar y verificar la documentación del servicio como formatos, registros, consentimientos informados entre otros, mediante el diligenciamiento claro y completo de los mismos.                                                                                                                                                                                                                                                     |     | verifique los formatos de consentimiento informados para relacionar e enviar a historias clinicas                                                                                                                                                |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 11. Participar activamente en los puntos de control interno del servicio como son reportes de eventos de seguridad (incidentes o de eventos adversos), reporte de resultados críticos, entre otros.                                                                                                                                                                                                                                          |     | Estuve en capacitación y en revisión del proceso de seguridad del paciente                                                                                                                                                                       |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 12. Mantener relaciones interpersonales de cordialidad y respeto con sus compañeros, con el equipo de salud, con los usuarios y sus familiares.                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     | Realice capacitaciones con humanización                                                                                                                                                                                                          |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 13. Cumplir los procesos y procedimientos institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     | Realice el debido proceso de subir mis cuentas de cobro a la plataforma correspondientes                                                                                                                                                         |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 14. Consolidar la documentación asignada al área de imágenes que permita suministrar información veraz y oportuna para el análisis epidemiológico y estadístico de la Subred Norte.                                                                                                                                                                                                                                                          |     | Ulligencie el formato de limpieza y desinfección                                                                                                                                                                                                 |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 15. Participar en la evaluación de actividades en la prestación del servicio que impacte en el cumplimiento de los procedimientos y controles establecidos para garantizar la eficiencia, eficacia e impacto en el desempeño de sus labores en coordinación con la Subgerencia de Servicios Misionales de la Subred Norte.                                                                                                                   |     | Realice las debidas evaluaciones que se me fueron asignadas por cada socialización                                                                                                                                                               |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 16. Revisar que todos los procedimientos realizados se encuentren debidamente facturados o cargados en el sistema institucional previamente a su realización excepto en casos de urgencia vital.                                                                                                                                                                                                                                             |     | Realice el seguimiento de la facturación                                                                                                                                                                                                         |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 17. Participar en las reuniones o comités programados por la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     | Aspiti a las capacitaciones realizadas por las diferentes contratistas de la sede de chapinero                                                                                                                                                   |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 18. Participar en la elaboración, actualización y difusión de los manuales de normas, procedimientos y protocolos asistenciales de su área, conforme a los procesos de mejora continua de la Subred.                                                                                                                                                                                                                                         |     | informa a las pacientes sobre derechos y deberes del mes                                                                                                                                                                                         |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 19. Presentar informe de gestión mensual de acuerdo a las actividades contractuales realizadas esto con el fin de aportar al proceso de certificación.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     | Presente el informe correspondiente                                                                                                                                                                                                              |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 20. Verificar la implementación de la cultura de la calidad y autocontrol en la institución y participar activamente en su desarrollo en concordancia con el sistema obligatorio de Garantía de Calidad.                                                                                                                                                                                                                                     |     | Recibi a los pacientes con respeto y les le brinde la información solicitada                                                                                                                                                                     |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 21. Participar activamente en el trámite para dar respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y requerimientos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     | Colobere con las solicitudes de mis compañeros para dar respuesta a las peticiones de los pacientes                                                                                                                                              |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 22. Participar activamente en las acciones de mejora correspondientes, de acuerdo al seguimiento, evaluación, y retroalimentación de los convenios, auditorías internas y externas y/o contratos suscritos de venta de servicios.                                                                                                                                                                                                            |     | Participo en las capacitaciones para la auditoria                                                                                                                                                                                                |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 23. Mantener el uso correcto de las instalaciones, equipos y demás elementos disponibles para el desarrollo de sus actividades. Así mismo informar oportunamente el deterioro o mal funcionamiento de estos.                                                                                                                                                                                                                                 |     | Cuide los implementos que me fueron asignados para mi respectiva actividad                                                                                                                                                                       |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 24. Cumplir con las disposiciones legales en relación con el Programa Institucional de Gestión ambiental (segregación adecuada).                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     | Cumpli con las disposiciones legales de la sede de chapinero                                                                                                                                                                                     |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 25. Mantener una excelente presentación personal, portando el carné institucional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     | Mantiene el cabello recogido y porte el uniforme adecuadamente                                                                                                                                                                                   |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| 26. Colaborar en la organización e implementación en los procesos de Habilitación y Acreditación de la Subred Norte.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | Realice los pagos de la planilla de seguridad social y subi la información a la plataforma de secop                                                                                                                                              |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| TOTAL A PAGAR: (\$ 1.527.000 ) UN MILLON QUINIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| <p><i>Juan Carlos Guevara</i></p> <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:</p> <p>GUEVARA PEÑA JUAN CARLOS CC 5402851</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | <p><i>Martha Bernal</i></p> <p>Fecha: 30/04/2025</p> <p>Firma de recibido supervisor:</p> <p>MARTHA BIBIANA BERNAL RODRIGUEZ</p>                                                                                                                 |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expide el supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                     |      |     |     |     |     |     |   |    |      |    |   |      |  |