FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	1612 DEL 1 DE JULIO DE 2024
Nombre del Contratista	LIZETH PATRICIA GUILLOT VALDEBLANQUEZ
N° de identificación	57.291.554
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIO DE APOYO COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL CUIDADO PRIMARIO Y RECUPERACIÓN DE LA SALUD DE LA E.S.E ALPROREV
Valor total del Contrato	$ 6.000.000
Valor de honorarios período	$ 2.000.000
N° Pago / N° de informe:	2
N° CDP	2217
N° CRP	3891
Plazo del Contrato	TRES (3) MESES
Fecha del Acta de Inicio	1 DE JULIO DE 2024
Nombre y cargo del supervisor del contrato	MARTHA JOHANNA AVENDAÑO PÉREZ - PROFESIONAL EN ENFERMERIA
MODIFICACIONES CONTRACTUALES	
N° de modificación	N/A
Tipo de modificación (adición – prórroga)	N/A
Valor adicionado	N/A
CDP de la adición	N/A
CRP de la adición	N/A
Tiempo prorrogado	N/A
POLIZAS (SI APLICA)	
N° de póliza	802043264
Nombre de la aseguradora	CONFIANZA
Fecha de la póliza	24/02/2024
Acto Administrativo de Aprobación	N/A

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)
1.	Cumplí con el protocolo de bioseguridad exigido por la entidad
2.	Realicé toma y monitoreo de signos vitales del paciente e informar anomalías a medico u enfermera.
3.	Asistí al paciente en su baño y limpieza diaria en los casos que lo requiera, y garantizar la organización de su unidad.
4.	Realicé proceso de esterilizar, preparar y responder por el material, equipos y elementos a su cargo para la prestación de un buen servicio en el proceso de atención en primer y segundo nivel en promoción, prevención, tratamiento
5.	Cumplí órdenes médicas de forma responsable guiados por el profesional en enfermería, acatar las directrices implantadas de su jefe inmediato.
6.	Realicé nota de enfermería de manera cronológica, oportuna y pertinente de acuerdo a la atención brindad al paciente.
7.	Presté cuidados básicos en enfermería de forma segura, oportuna y humanizada al paciente y su familia, respetando su cultura, religión, raza, edad, sexo y creencias.
8.	Realicé inventarios de medicamentos, equipos e insumos en cada entrega de turno e informé de manera inmediata las anomalías o faltantes a mi jefe inmediato.
9.	Desarrollé las actividades de asepsia y desinfección de áreas - elementos e instrumentales y unidad del paciente según cronograma y protocolo establecido por la institución.
10.	Realicé demanda inducida a los programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Identifiqué, incentivé e intervine factores de riegos en los usuarios, familia y comunidad a través de la oferta de servicios asistenciales de Promoción y Prevención que brinda la empresa.
11.	Asistí a las reuniones, capacitaciones y/o entrenamiento que me encomendaron relacionadas con el objeto contractual de manera puntual.

12.	Desarrollé las actividades propias del cuidado de enfermería con buena fe contractual, apegada a principios de fidelidad, lealtad, cumplimiento a cabalidad de las obligaciones y deberes como contratista.
13.	Hice entrega del turno correspondiente, de forma adecuada no solo del paciente y sus cuidados sino también de la historia clínica, unidad del paciente, equipos o insumos y elementos que sean propiedad del paciente.

INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

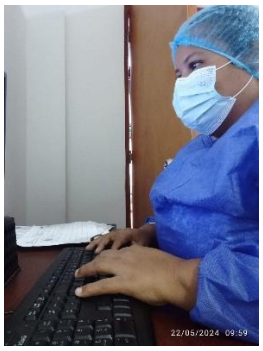
No DE PLANILLA	**4564404326**		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	NUEVA EPS	21/08/2024	$ 163.200
Pensión	PROTECCIÓN	21/08/2024	$ 208.900
Riesgos laborales	POSITIVA	21/08/2024	$ 31.900

DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1. Que, a la fecha, he cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.
2. Que autorizó los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, sean descontados por la E.S.E. Alejandro Próspero Reverend.
3. Que lo correspondiente a pago por Seguridad Social, está debidamente pagado por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.

Esta certificación se firma en el mes de Agosto de 2024 en Santa Marta DTCH.

ANEXOS
(Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)




NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	MARTHA JOHANNA AVENDAÑO PÉREZ - PROFESIONAL EN ENFERMERIA
FIRMA DEL SUPERVISOR	
NOMBRE APOYO A LA SUPERVISIÓN	IRIANA PAOLA SIERRA PERTUZ
FIRMA DEL LÍDER DE PROCESO (SI APLICA)	
NOMBRE CONTRATISTA	LIZETH PATRICIA GUILLOT VALDEBLANQUEZ
N°. IDENTIFICACIÓN CONTRATISTA	57291554
FIRMA CONTRATISTA	