FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	1737 DEL 3 DE MAYO 2025
Nombre del Contratista	LIZETH PATRICIA GUILLOT VALDEBLANQUEZ
N° de identificación	57.291.554
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE URGENCIAS EN LAS UNIDADES DE LA E.S.E ALPROREV. ASIS-038DE LA E.S.E ALPROREV
Valor total del Contrato	$ 7.200.000
Valor de honorarios período	$ 2.400.000
N° Pago / N° de informe:	2
N° CDP	1052
N° CRP	2945
Plazo del Contrato	TRES (3) MESES
Fecha del Acta de Inicio	3 DE MAYO DE 2025
Nombre y cargo del supervisor del contrato	ERIKA MORALES BRUGES – COORDINADORA GENERAL DE ENFERMERÍA
UPSS	CLINICA LA CASTELLANA
Servicio	URGENCIA - HOSPITALIZACIÓN
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	
Nombre de la aseguradora	
Fecha de la póliza	
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 médico y 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

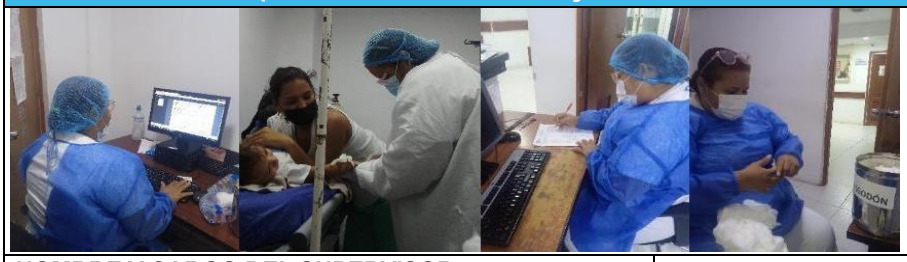
No DE PLANILLA	**4608814791**		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	NUEVA EPS	18/06/2025	$ 178.600
Pensión	PROTECCIÓN	18/06/2025	$ 228.600
Riesgos laborales	POSITIVA	18/06/2025	$ 34.900

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 JUNIO de 2025 en Santa Marta DTCH.

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



NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	ERIKA MORALES BRUGES – COORDINADORA GENERAL DE ENFERMERIA
FIRMA DEL SUPERVISOR	
NOMBRE Y CARGO DE APOYO A LA SUPERVISIÓN	XIOMARA JOLIANIS CARDENAS - PROFESIONAL EN ENFERMERIA
FIRMA DE APOYO A LA SUPERVISOR	
NOMBRE APOYO A LA SUPERVISIÓN	IRIANA PAOLA SIERRA PERTUZ
FIRMA DEL LÍDER DE PROCESO (SI APLICA)	Iriana Sierra R
NOMBRE CONTRATISTA	LIZETH PATRICIA GUILLOT VALDEBLANQUEZ
N°. IDENTIFICACIÓN CONTRATISTA	57291554
FIRMA CONTRATISTA	Lizeth P. Guillot V