

FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
Nº Contrato y Fecha	PS – 2537 – 01 de septiembre de 2025
Nombre del Contratista	WENDY ISABEL CAMPO CHARRIS
Nº de identificación	1,004,376,233
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE URGENCIAS EN LAS UNIDADES DE LA E.S.E ALPROREV
Valor total del Contrato	\$ 7.200.000
Valor de honorarios período	\$ 2.400.000
Nº Pago / Nº de informe:	001
Nº CDP	2298 del 01 de septiembre de 2025
Nº CRP	6282 del 01 de septiembre de 2025
Plazo del Contrato	TRES (3) MESES
Fecha del Acta de Inicio	01 de septiembre de 2025
Nombre y cargo del supervisor del contrato	ERIKA MORALES BRUGES-COORDINADORA DEL AREA DE ENFERMERIA Y SUPERVISORA.
UPSS	CLINICA LA CASTELLANA
Servicio	URGENCIAS
MODIFICACIONES CONTRACTUALES	
Nº 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
POLIZA (SI APLICA)	
Nº de póliza	N/A
Nombre de la aseguradora	N/A
Fecha de la póliza	N/A
Acto Administrativo de Aprobación	N/A
ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES	
ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO <i>(Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)</i>
1.	Tome signos vitales, al recibir y en la entrega del turno
2.	Cumplo ordenes de especialista y médicos en turno
3.	Se realiza asepsia generales dos veces al mes, diligenciamiento los formato de asepsia

Vigilado Supersalud

4.	Realice notas de enfermería a cada paciente ingresado, cargue de insumo y administración de medicamentos
5.	Recibo y entrega de turno (paciente, equipos biomédicos, historia clínica)
6.	Asistí a capacitaciones organizadas por la empresa
7.	Realice gasa y esterilización del mismo en la unidad
8.	Envolví y esterilice equipos de suturas utilizadas en el area de procedimientos

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	9490730016		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	FAMISANAR	2025/09/08	\$178.000
Pensión	PORVENIR	2025/09/08	\$227.800
Riesgos laborales	AXA COLPATRIA	2025/09/08	\$34,700

INFORMACION DEL CONTRATISTA

1.

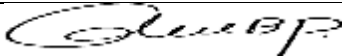
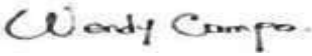
Que, a la fecha, he cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.
2.

Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, sean descontados por la ESE
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 el mes de Septiembre del Año 2025 en Santa Marta DTCH

ANEXOS

(Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)

ANEXO 1	ANEXO 2	ANEXO 3	ANEXO 4
			
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	ERIKA MORALES BRUGES-COORDINADORA DEL AREA DE ENFERMERIA Y SUPERVISORA.		
FIRMA DEL SUPERVISOR	Firmado Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/		
NOMBRE APOYO A LA SUPERVISION	XIOMARA JOLIANYS		
FIRMA APOYO A LA SUPERVISION			
NOMBRE APOYO AREA	GLEINIS BENAVIDES		
FIRMA DE APOYO DE AREA			
NOMBRE CONTRATISTA	WENDY ISABEL CAMPO CHARRIS		
Nº. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1,004,376,233		
FIRMA CONTRATISTA			

Asunto: WENDY ISABEL CAMPO CHARRIS
Motivo: FORMATO DE ACTIVIDADES
Fecha firma: 23/09/2025
Correo electrónico: erika_1428@hotmail.com
Nombre de usuario: ERIKA IRIS MORALES BRUGES
ID transacción: 6e4396f5-9d24-418f-a4c5-a45f79f175d9

