

## FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

### INFORMACIÓN GENERAL

N° Contrato y Fecha	PS-2900 DEL 04 DE SEPTIEMBRE DE 2025
Nombre del Contratista	LAURA ISABEL JULIO FANDIÑO
N° de identificación	CC 36.696.408 SANTA MARTA
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE URGENCIAS EN LAS UNIDADES DE LA E.S.E ALPROREV. ASIS-038.
Valor total del Contrato	\$ 7.200.000
Valor de honorarios período	\$2.400.000
N° Pago / N° de informe:	01
N° CDP	2298 DEL 04 DE SEPTIEMBRE DE 2025
N° CRP	6531 DEL 04 DE SEPTIEMBRE DE 2025
Plazo del Contrato	87 DIAS
Fecha del Acta de Inicio	04 DE SEPTIEMBRE DE 2025
Nombre y cargo del supervisor del contrato	ERIKA MORALES BRUGES- coordinadora y supervisora del área de enfermería
UPSS	CLINICA LA CASTELLANA
Servicio	AUXILAR AMBULANCIAS URGENCIAS

### 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

### POLIZA (SI APLICA)

N° 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.	REALICE ASEPSIA Y DESINFECCION DIARIA D LA UNIDAD MOVIL ASIGANDA
2.	REALIZACION DIARIA DEL INVENTARIO DE INSUMOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS DE LA UNIDAD MOVIL ASIGANADA
3.	APOYO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL AREA DE TRIAGE Y PROCEDIMIENTOS

4.	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES POR DIRECTRIZ DE CENTRAL DE AMBULANCIAS PARA REMISIONES, ECOGRAFAS, RX Y URGENCIAS VITALES .
5.	APOYO A LOS EVENTOS ASIGANDOS POR LA CENTRAL DE AMBULANCIAS DE ACUERDO ALA NECESIDAD SOLICITADA
6.	ORGANICE LOS FORMATOS Y LOS DILIGENCIE DE ACUERDO AL PROTOCOLO ASIGANDO
7.	REALICE APOYO AL CRUE DISTRITAL POR ORDEN DE CENTRAL PARA TRASLADO DE PCTES EN CONDICION DE CALLE Y PARA SERVICIO SOCIAL.

**INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No DE PLANILLA</b>	4620510528		
<b>Concepto del pago</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
Salud	MUTUAL SER	2025/09/16	\$ 179.500
Pensión	PORVENIR	2025/09/16	\$ 229.700
Riesgos laborales	AXA COLPATRIA	2025/09/16	\$ 7.600

**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.**



<b>NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR</b>	ERIKA MORALES BRUGES- coordinadora y supervisora del área de enfermería
<b>FIRMA DEL SUPERVISOR</b>	Firmado Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web <a href="https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/">https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/</a>
<b>NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION (SI APLICA)</b>	<b>XIOMARA ESTHER JOLIANIS CADENAS</b>
<b>FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISION</b>	
<b>NOMBRE DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)</b>	SLENDY PAZ-JEFE URGENCIASCLINICA LA CASTELLANA
<b>FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO</b>	
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	LAURA ISABEL JULIO FANDIÑO
<b>Nº. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA</b>	36.696.408 SANTA MARTA
<b>FIRMA CONTRATISTA</b>	

**Asunto:** LAURA ISABEL JULIO FANDIÑO

**Motivo:** FORMATOS DE ACTIVIDADES

**Fecha firma:** 25/09/2025

**Correo electrónico:** erika\_1428@hotmail.com

**Nombre de usuario:** ERIKA IRIS MORALES BRUGES

**ID transacción:** 280c910d-0668-44d0-9c10-f5b07809d198

