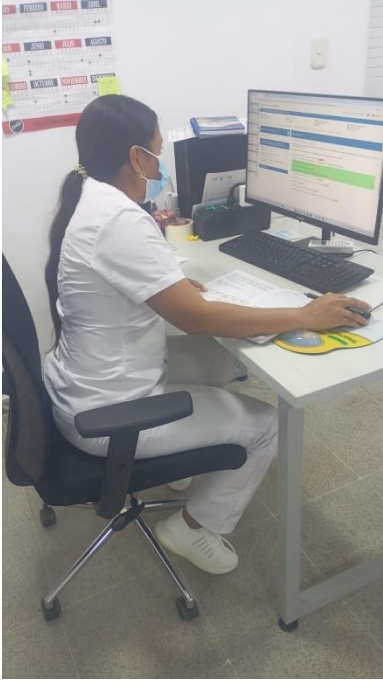
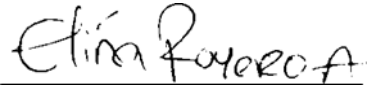


| FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INFORMACIÓN GENERAL                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| N° Contrato y Fecha                                      | 3094 DEL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Nombre del Contratista                                   | ELINA MERCEDES ROYERO ALMARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| N° de identificación                                     | 1.083.020.800                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Objeto del Contrato                                      | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA INTEGRAL EN LAS UNIDADES DEL AREA RURAL DE LA ESE ALPROREV.                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Valor total del Contrato                                 | \$ 10.500.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Valor de honorarios período                              | \$ 3.500.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| N° Pago / N° de informe:                                 | 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| N° CDP                                                   | 2359                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| N° CRP                                                   | 6829                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Plazo del Contrato                                       | SETENTA Y NUEVE (79) DIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Fecha del Acta de Inicio                                 | 15 DE SEPTIEMBRE DE 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Nombre y cargo del supervisor del contrato               | ERIKA IRIS MORALES BRUGES<br>Coordinadora del Área De Enfermería y Supervisora                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| UPSS                                                     | CENTRO DE SALUD DE GUACHACA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Servicio                                                 | APOYO PROFESIONAL COMO ENFERMERA INTEGRAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 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                                             | 46-03-101002166                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Nombre de la aseguradora                                 | SEGUROS DEL ESTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Fecha de la póliza                                       | 19/02/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Acto Administrativo de Aprobación                        | ACTA No. 104 DEL 12/09/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ITEM                                                     | ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO<br><i>(Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)</i>                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 1.                                                       | Realice la toma de signos vitales a los pacientes ingresados por urgencia en la UPSS durante el periodo, garantizando el registro completo de estos en el sistema de información e informe las anomalías al médico en cada turno.                                                                                                                                                      |
| 2.                                                       | Supervisé que se realizaran las actividades de higiene limpieza a los pacientes y mantener la organización del centro de salud                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 3.                                                       | Organice la adherencia en el proceso de esterilización de implementos que se manipularon en las asistencias durante el periodo en el centro de salud                                                                                                                                                                                                                                   |
| 4.                                                       | Prepare y garantice el material, equipos y elementos a mi cargo para la prestación de un buen servicio en el proceso de atención en primer y segundo nivel en promoción, prevención, tratamiento.                                                                                                                                                                                      |
| 5.                                                       | Realice seguimiento y acompañamiento a las auxiliares de enfermería a cargo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 6.                                                       | Lidere las actividades de inicio y cierre de turno con el personal del centro de forma adecuada, con relación a los pacientes, a sus cuidados y las historias clínicas de estos, de igual manera; a los equipos o insumos y elementos propiedad de los pacientes en el periodo.                                                                                                        |
| 7.                                                       | Cumplí y promoví el cumplimiento de las actividades de la práctica de enfermería establecida en la ley 266 de 1996 a cabalidad                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 8.                                                       | Realice el retiro de puntos con su debido protocolo de seguridad en las atenciones que fue necesaria<br>Realice el retiro y colocación de implante subdermico con previa asepsia y antisepsia y previa colocación de elementos de protección personal.<br>Realice brigadas extramurales con el equipo interdisciplinario del centro de salud de guachaca brindando una atención óptima |

Vigilado Supersalud

| NFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| No DE PLANILLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 7991641879     |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |
| Concepto del pago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ENTIDAD        | FECHA DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                              | VALOR PAGADO |
| Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | MUTUAL SER EPS | 2025/11/19                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$ 178.000   |
| Pensión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PROTECCION     | 2025/11/19                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$ 227.800   |
| Riesgos laborales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | POSITIVA       | 2025/11/19                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$ 34.700    |
| INFORMACION DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |
| <div>1. Que, a la fecha, he cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.</div> <div>2. Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, sean descontados por la ESE</div> <div>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.</div> <div>Esta certificación se firma en el mes de NOVIEMBRE del Año 2025 en Santa Marta D.T.C.e H.</div> |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |
| ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |
| (Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |
| <div>Anexo 1.</div> <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                | <div>Anexo 2</div> <div></div> |              |
| NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                | ERIKA MORALES<br>Coordinadora del Área De Enfermería y Supervisora                                                                                                                                                                                                                         |              |
| FIRMA DEL SUPERVISOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                | 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>                                                                                 |              |
| FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                                                                                                                                                                                                        |              |
| NOMBRE CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                | ELINA MERCEDES ROYERO ALMARIO                                                                                                                                                                                                                                                              |              |
| N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                | 1.083.020.800                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |
| FIRMA CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                                                                                                                                                                                                        |              |

**Asunto:** ELINA MERCEDES ROYERO ALMARIO

**Motivo:** FORMATO DE ACTIVIDADES

**Fecha firma:** 25/11/2025

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

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

**ID transacción:** 847da7a4-fbd3-48fd-90b5-235fa7ad60a6

