FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	440 del 07 de enero del 2026
Nombre del Contratista	**MARIA VICTORIA REBOLLEDO CASTILLO**
N° de identificación	1.007.783.263
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO JEFE DE ENFERMERIA EN EL ÁREA URGENCIAS DE LOS CENTROS DE SALUD Y CLÍNICA LA CASTELLADA DE LA E.S.E. ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND.ASIS-083.
Valor total del Contrato	$ 10.500.000
Valor de honorarios período	$ 3.500.000
N° Pago / N° de informe:	Dos
N° CDP	45
N° CRP	458
Plazo del Contrato	84 días
Fecha del Acta de Inicio	07 de enero del 2026
Nombre y cargo del supervisor del contrato	ERIKA MORALES BRUGES - COORDINADORA DEL ÁREA DE ENFERMERÍA Y SUPERVISORA
UPSS	Centro de Salud IPC
Servicio	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	802084375
Nombre de la aseguradora	**CONFIANZA**
Fecha de la póliza	**01/01/2026 hasta 01/01/2027**
Acto Administrativo de Aprobación	2026-01-07

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES

ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO (*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*)
1.	Recibi y entregue turno de acuerdo a la guía institucional.
2.	Propicie un ambiente agradable, utilizando siempre la comunicación asertiva tanto con paciente, familiar y grupo de trabajo.
3.	Proporcione atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (plan de atención de enfermería).
4.	Maneje y controle de material y equipo en la atención del paciente.
5	Realice seguimiento diario de la historia clínica (evolución, ordenes médica, notas de Enfermería, etc.,) en todo lo referente a la atención y evolución de los pacientes.
6	Actualice Kardex de acuerdo a los cambios efectuados por médico tratante en la evolución y ordenes médicas, en los diferentes turnos (corrido, noche) etc.
7	Prepare y Administre medicamentos de acuerdo al protocolo institucional.
8	Realice chequeo mensual del carro de paro de Hospitalización, Kit y Códigos, RH1.
9	Solicite los productos de asepsia y Supervisar la desinfección en el servicio y registrarlo en el formato correspondiente.
10.	Diligencie correctamente los formatos requeridos en los servicios.
11.	Realice supervisión e inspección oportuna al carro de paro, equipos biomédicos con los que cuenta el servicio, hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria.
12.	Realice la notificación oportuna de los eventos adversos, así como incidentes que se puedan presentar con el paciente durante su estancia hospitalaria.
13.	Aplique los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.
14.	Revise y entregué carro de paro, kits y códigos

Vigilado Supersalud

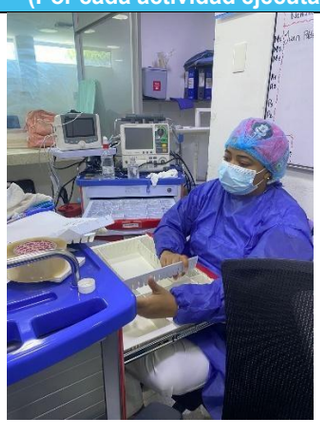
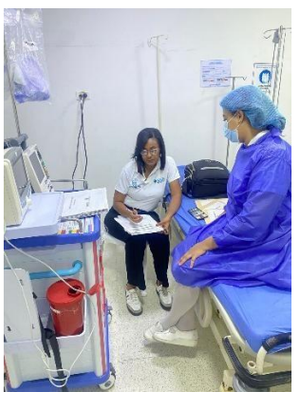
INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No DE PLANILLA	9498676936		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	Sanitas	2026/02/13	$220.500
Pensión	Porvenir	2026/02/13	$282.200
Riesgos laborales	Axa Colpatria	2026/02/13	$43.000

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 febrero del Año 2026 en Santa Marta DTCH

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

NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	ERIKA MORALES BRUGES - COORDINADORA DEL ÁREA DE ENFERMERÍA Y SUPERVISORA
FIRMA DEL SUPERVISOR	**Firmado digitalmente, la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web htt://firmaautomaticaciondigital.and.gov.co/**
Coordinadora área Urgencias Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/	XIOMARA ESTHER JOLIANI CARDENAS
NOMBRE CONTRATISTA	**MARIA VICTORIA REBOLLEDO CASTILLO**
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1.007.783.263
FIRMA CONTRATISTA	María Victoria Rebolledo Castillo

Vigilado Supersalud

Asunto: MARIA VICTORIA REBOLLEDO CASTILLO
Motivo: FORMATO DE ACTIVIDADES
Fecha firma: 26/02/2026
Correo electrónico: erika_1428@hotmail.com
Nombre de usuario: ERIKA IRIS MORALES BRUGES
ID transacción: c78580cd-18c0-4d4c-924f-184b0949ebd8