| FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **INFORMACIÓN GENERAL** | |
| **N° Contrato y Fecha** | **PS-419** DEL 7 DE ENERO DE 2026 |
| **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 ÁREA RURAL DE LA E.S.E. ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND.ASIS-095** |
| **Valor total del Contrato** | $ 10.500.000 |
| **Valor de honorarios período** | $ 3.500.000 |
| **N° Pago / N° de informe:** | 02 |
| **N° CDP** | 57 |
| **N° CRP** | 440 |
| **Plazo del Contrato** | OCHENTA Y CUATRO (84) DIAS |
| **Fecha del Acta de Inicio** | 7 DE ENERO DE 2026 |
| **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** | 802080995 |
| **Nombre de la aseguradora** | CONFIANZA |
| **Fecha de la póliza** | 24/09/2025 |
| **Acto Administrativo de Aprobación** | ACTA No. 007 DEL 7 DE ENERO DEL 2026 |

| ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES | |
|---|---|
| **ITEM** | **ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO**<br>(*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*) |
| **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 |

Vigilado Supersalud

| | |
|---|---|
| **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 |

**NFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| **No DE PLANILLA** | **6004345721** | | |
|---|---|---|---|
| **Concepto del pago** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **Salud** | MUTUAL SER EPS | 2026/02/13 | $ 218.900 |
| **Pensión** | PROTECCION | 2026/02/13 | $ 280.200 |
| **Riesgos laborales** | POSITIVA | 2026/02/13 | $ 42.700 |

**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 en el mes de **FEBRERO** del Año 2026 en Santa Marta D.T.C.e H.

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

**Anexo 1.**



**Anexo 2**



| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR** | **ERIKA MORALES**<br>Coordinadora del Área De Enfermería y Supervisora |
| **FIRMA DEL SUPERVISOR**<br><br>**Firmado digitalmente. La autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web** https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/ | |
| **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:** FORMATRO DE ACTIVIDADES
**Fecha firma:** 24/02/2026
**Correo electrónico:** erika_1428@hotmail.com
**Nombre de usuario:** ERIKA IRIS MORALES BRUGES
**ID transacción:** f5beec44-cd16-4dc0-8ecc-27a6595dcd2b