

**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**

**INFORMACIÓN GENERAL**

N° Contrato y Fecha	215 del 02 de enero del 2026
Nombre del Contratista	<b>MONICA PATRICIA FAJARDO CABARCA</b>
N° de identificación	26.670.644
Objeto del Contrato	“PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL ÁREA URGENCIAS DE LOS CENTROS DE SALUD Y CLÍNICA LA CASTELLADA DE LA E.S.E. ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND.ASIS-078.
Valor total del Contrato	\$7.200.000
Valor de honorarios período	\$ 2.400.000
N° Pago / N° de informe:	Tres
N° CDP	40
N° CRP	334
Plazo del Contrato	<b>89 días</b>
Fecha del Acta de Inicio	02 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 la Candelaria
Servicio	urgencias

**MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

N° de modificación	N/A
Tipo de modificación (adicción – 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 (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)
1.	Realice notas de enfermería de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias
2.	Apoye al profesional en los procedimientos sutura y curación
3.	Tome signos vitales (peso talla tensión arterial) a los pacientes ingresados al servicio de urgencias
4.	Administré y Cumplí ordenes medicas según el profesional a todos los pacientes atendidos
5.	Recibí y entregué turno con dirección de la jefe
6.	Realice asepsia los días sábados al área de urgencias

**INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No DE PLANILLA	9500281786		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	Sanitas	2026/03/16	\$219.200
Pensión	Colfondos	2026/03/16	\$281.200
Riesgos laborales	Axa Colpatría	2026/03/16	\$42.900

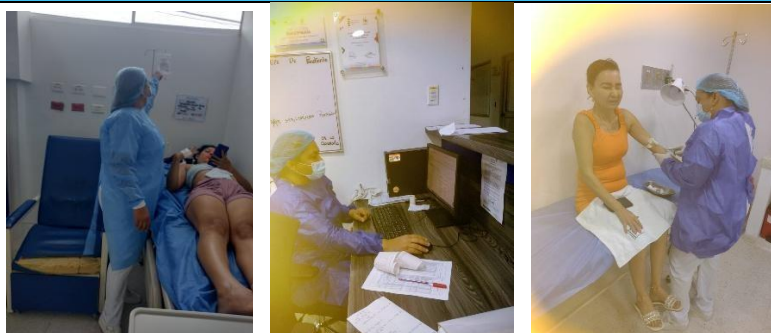
**INFORMACION DEL CONTRATISTA**

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 marzo 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 <a href="https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/">https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/</a>	
<b>Coordinadora área</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>	
FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)	
NOMBRE CONTRATISTA	MONICA PATRICIA FAJARDO CABARCA
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	26.670.644
FIRMA CONTRATISTA	

**Asunto:** MONICA PATRICIA ORTIZ ARAUJO  
**Motivo:** FORMATO DE ACTIVIDADES  
**Fecha firma:** 25/03/2026  
**Correo electrónico:** erika\_1428@hotmail.com  
**Nombre de usuario:** ERIKA IRIS MORALES BRUGES  
**ID transacción:** bc3e9417-b13f-412a-840d-2fb0982d5104

