

|                                                                                  |                                                                                       |  |                                                                                     |             |       |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|
|  | <b>CENTRO DE SALUD FUNES</b><br><b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br>NIT.: 900128655-1 |  |  | Código:     | FOSBD |
|                                                                                  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS</b>                                            |  |                                                                                     | COD.        | SERIE |
|                                                                                  |                                                                                       |  |                                                                                     | 202         | 09.03 |
|                                                                                  |                                                                                       |  |                                                                                     | PAG. 1 DE 1 |       |

Yo, **SANTIAGO ESTEBAN ROMO BURGOS**, en mi calidad de supervisor designado por la Representante legal del Centro de Salud Funes ESE, me permito presentar informe parcial de supervisión correspondiente al acuerdo de voluntades en los siguientes términos:

# 1. ASPECTOS GENERALES

|                               |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |             |                                   |
|-------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|-----------------------------------|
| CONTRATO PRESTACIÓN SERVICIOS | DE DE | No. 2026000013-013                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |             |                                   |
| CONTRATANTE                   |       | CENTRO DE SALUD FUNES ESE<br>NIT 900.128.655-1<br>ADRIANA BRAVO MORENO<br>51.939.655 expedida en Bogotá D.C                                                                                                                                                                        |                       |             |                                   |
| CONTRATISTA                   |       | NOMBRE: KAREN JOHANA BENAVIDES CAICEDO<br>C.C N° 1087006058 de Funes (N)<br>Celular: 3135521718<br>Email: karenbenavides2602@gmail.com                                                                                                                                             |                       |             |                                   |
| VALOR                         |       | CUATRO MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS MDA/CTE (\$\$4.712.280)                                                                                                                                                                                              |                       |             |                                   |
| OBJETO                        |       | PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DEENFERMERIA PARA EL AREA DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD FUNES ESE                                                                                                                                                         |                       |             |                                   |
| DURACIÓN                      |       | TRES MESES                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |             |                                   |
| FORMA DE PAGO                 |       | El centro De Salud Funes ESE, pagará al contratista, la suma convenida como se detalla a continuación:                                                                                                                                                                             |                       |             |                                   |
|                               |       | Item                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fecha                 | Valor       | Requisito                         |
|                               |       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 31 DE ENERO DE 2026   | \$1.570.760 | Pago de seguridad social integral |
|                               |       | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 28 DE FEBRERO DE 2026 | \$1.570.760 | Pago de seguridad social integral |
|                               |       | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 31 DE MARZO DE 2026   | \$1.570.760 | Pago de seguridad social integral |
|                               |       | PARAGRAFO PRIMERO: El Contratista deberá acreditar los pagos de aportes a los sistemas de salud, pensión y riesgos laborales para los montos que establece la ley, previo al pago correspondiente.                                                                                 |                       |             |                                   |
|                               |       | PARAGRAFO SEGUNDO: Para los pagos respectivos se requiere que el (la) contratista realice la entrega del plan de trabajo y de los de por medio de un informe mensualizado de las actividades realizadas con los respectivos soportes (evidencias fotográficas. pantallazos, etc.), |                       |             |                                   |
| SUPERVISOR                    |       | SANTIAGO ESTEBAN ROMO BURGOS, JEFE DE URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                    |                       |             |                                   |

|                                                                                  |                                                                                       |  |                                                                                    |             |       |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|
|  | <b>CENTRO DE SALUD FUNES</b><br><b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br>NIT.: 900128655-1 |  |  | Código:     | FOSBD |
|                                                                                  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS</b>                                            |  |                                                                                    | COD.        | SERIE |
|                                                                                  |                                                                                       |  |                                                                                    | 202         | 09.03 |
|                                                                                  |                                                                                       |  |                                                                                    | PAG. 1 DE 2 |       |

## 2. ELEMENTOS DE ORDEN TÉCNICO

Las obligaciones ejecutadas con ocasión del contrato fueron las siguientes:

| No. | OBLIGACION ESPECIFICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PRESENTA | OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | El cumplimiento del presente objeto contractual se realizara directamente dentro de las instalaciones de la entidad con el cumplimiento de turnos especificos y asumiendo del mismo modo una disponibilidad, que permita garantizar la atención en salud de nuestros Usuarios de manera eficaz, con oportunidad y calidad. En caso de requerirse la prestación del servicio fuera de las instalaciones de la ESE, esto será consensuado e informado con la debida antelación para no alterar la mecánica habitual de las Atenciones. (Cuando Aplique). | Si       | La contratista aseguró una atención oportuna y eficiente a los usuarios que ingresaron al servicio de urgencias, cumpliendo de manera puntual y responsable con los turnos asignados para garantizar una adecuada prestación del servicio.                                                                                                                                                           |
| 2.  | Para la ejecución del presente contrato es necesario se efectúa par parte del Contratista un plan de trabajo que permita cumplir a cabalidad con el objeto contractual y la entrega de productos pactados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Si       | Presentó un plan de mejoramiento con el propósito de dar cumplimiento total al objeto contractual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 3.  | Realizar turnos asistenciales en el servicio de urgencias de acuerdo con el Cronograma establecido por la Enfermera Coordinadora del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Si       | En el servicio de urgencias desarrolló los turnos conforme al horario establecido en el cronograma.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 4.  | Realizar la verificación de derechos de los usuarios que ingresan al servicio de Urgencia y área COVID.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Si       | Al ingreso de cada paciente al servicio de urgencias, realizó la respectiva verificación de derechos. Permaneció disponible para la atención de pacientes con COVID-19, cumpliendo con los elementos de protección personal y las normas de bioseguridad; ingresó a la zona COVID-19 cuando fue necesario y verificó los derechos del paciente según su régimen, ya fuera subsidiado o contributivo. |

|                                                                                  |                                                                                              |  |                                                                                     |             |       |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|
|  | <b>CENTRO DE SALUD FUNES</b><br><b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br><b>NIT.: 900128655-1</b> |  |  | Código:     | FOSBD |
|                                                                                  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS</b>                                                   |  |                                                                                     | COD.        | SERIE |
|                                                                                  |                                                                                              |  |                                                                                     | 202         | 09.03 |
|                                                                                  |                                                                                              |  |                                                                                     | PAG. 1 DE 3 |       |

|     |                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                              |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.  | Realizar el triage de pacientes que ingresan al servicio de urgencias y reportar al Médico de turno para realizar la atención.                                               | Si | Atendió a cada paciente que ingresó al servicio de urgencias, efectuando el respectivo triage en la sala de procedimientos y, una vez finalizado, informó al médico de turno para continuar con la atención correspondiente. |
| 6.  | Realizar la admisión de los pacientes en el sistema de información de la institución.                                                                                        | Si | Como contratista ejecuto los procedimientos requeridos a cada paciente después de la realización del triage.                                                                                                                 |
| 7.  | Cumplir con las órdenes médicas establecidas en el proceso de Atención de los pacientes y de acuerdo con sus competencias.                                                   | Si | Cumplió con las órdenes médicas establecidas durante el proceso de atención, de acuerdo con sus competencias.                                                                                                                |
| 8.  | Realizar los procedimientos de enfermería cumpliendo con los protocolos de asepsia y antisepsia evitando eventos adversos en los usuarios.                                   | Si | Realizó diariamente la limpieza y desinfección de las unidades con hipoclorito, así como los procesos de asepsia y antisepsia correspondientes.                                                                              |
| 9.  | Cumplir con oportunidad con las disponibilidades que se programen por necesidad de Servicio.                                                                                 | Si | Dio cumplimiento a todas las disponibilidades exigidas por el servicio.                                                                                                                                                      |
| 10. | Realizar las notas de enfermería de acuerdo con los criterios de calidad de la historia clínica.                                                                             | Si | Elaboró las notas de enfermería correspondientes, informando el estado del paciente y cada procedimiento realizado.                                                                                                          |
| 11. | Realizar el registro de administración de medicamentos, cumpliendo los cinco Correctos.                                                                                      | Si | Registró adecuadamente la administración de medicamentos a cada uno de los usuarios.                                                                                                                                         |
| 12. | Mantener las unidades de atención del servicio de urgencias cumpliendo con los protocolos de limpieza desinfección de la institución.                                        | Si | Desarrolló actividades orientadas a mantener las unidades del servicio de urgencias en óptimas condiciones, cumpliendo con los protocolos institucionales de limpieza y desinfección.                                        |
| 13. | Cumplir con el protocolo de esterilización.                                                                                                                                  | Si | Acató el protocolo de esterilización establecido por la institución.                                                                                                                                                         |
| 14. | Desarrollar los procesos necesarios para la referencia y contra referencia de usuarios a los diferentes niveles de atención Cumplir con el proceso de traslado del paciente. | Si | Cumplió y ejecutó el proceso de traslado de pacientes, realizando los procedimientos necesarios para la referencia y contrareferencia a los diferentes niveles de atención.                                                  |

|                                                                                  |                                                                                              |                                                                                    |             |       |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|
|  | <b>CENTRO DE SALUD FUNES</b><br><b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br><b>NIT.: 900128655-1</b> |  | Código:     | FOSBD |
|                                                                                  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS</b>                                                   |                                                                                    | COD.        | SERIE |
|                                                                                  |                                                                                              |                                                                                    | 202         | 09.03 |
|                                                                                  |                                                                                              |                                                                                    | PAG. 1 DE 4 |       |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15. | Cumplir con oportunidad con las disponibilidades que se programen por necesidad de servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Si | Lavó la ambulancia móvil y esterilizó el material y los equipos con una frecuencia de tres veces.                                                                                                                                                                     |
| 16. | 14. Diligenciar el RIP de atención.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Si | Elaboró correctamente los RIPS con la información requerida, detallando los procedimientos realizados.                                                                                                                                                                |
| 17. | Validar juntamente con la Enfermero Jefe del servicio, los servicios prestados en la Atención y consolidar los soportes en media físico requeridos para la Facturación (soportes, ordenes).                                                                                                                                                                                       | Si | Verificó junto con el Enfermero Jefe del servicio los servicios prestados y consolidó los soportes físicos necesarios para el proceso de facturación.                                                                                                                 |
| 18. | Realizar la entrega de recibo y entrega de turno verificando inventario de insumos, medicamentos y equipos que se encuentran en el servicio de urgencia.                                                                                                                                                                                                                          | Si | En cada cambio de turno realizó las anotaciones de entrega y recibo correspondientes, informando sobre el inventario disponible, incluyendo el stock de medicamentos e insumos, material de partos y carro de paro.                                                   |
| 19. | Participar en la evaluación de las actividades de impacto de la prestación de los servicios de salud, en especial cuando se decreten alertas por parte de los organismos de salud                                                                                                                                                                                                 | Si | Participó activamente en la evaluación de actividades relacionadas con el impacto en prestación de los servicios de salud, especialmente cuando se declararon alertas por parte de las autoridades sanitarias.                                                        |
| 20. | Participar de manera activa en la búsqueda y canalización a los diferentes programas de vacunación, enfermedades de notificación obligatoria, búsqueda activa de sintomáticos de TBC y las demás actividades que deban ser desarrollados en cumplimiento de las directrices del Ministerio De salud, el instituto Departamental de salud, la dirección local de salud o las E.P.S | Si | Intervino de manera activa en la búsqueda y canalización hacia programas de vacunación, notificación obligatoria de enfermedades, identificación de sintomáticos respiratorios de TBC y demás actividades en cumplimiento de las directrices del Ministerio de Salud. |
| 21. | Participar en investigaciones de tipo aplicado tendientes a esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la comunidad.                                                                                                                                                                                                                                          | Si | Participó en investigaciones de tipo aplicado orientadas a identificar causas y proponer soluciones a los problemas de salud de la comunidad.                                                                                                                         |
| 22. | Establecer y mantener las relaciones de coordinación necesarias para lograr una Eficaz prestación de los servicios de salud.                                                                                                                                                                                                                                                      | Si | Mantuvo una adecuada comunicación y coordinación para garantizar una prestación eficiente de los servicios de salud.                                                                                                                                                  |
| 23. | Observar las indicaciones dadas desde la Gerencia en tomo a la aplicación del                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Si | Cumplió con las directrices emitidas por la gerencia respecto a la                                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                   |                                                                                       |                                                                                     |             |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|
|  | <b>CENTRO DE SALUD FUNES</b><br><b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br>NIT.: 900128655-1 |  | Código:     | FOSBD |
|                                                                                   | <b>INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS</b>                                            |                                                                                     | COD.        | SERIE |
|                                                                                   |                                                                                       |                                                                                     | 202         | 09.03 |
|                                                                                   |                                                                                       |                                                                                     | PAG. 1 DE 5 |       |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | Sistema de Garantía de Calidad en la prestación de los servicios de salud y seguridad Del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    | aplicación del Sistema de Garantía de Calidad en la prestación de los servicios y la seguridad del paciente, acatando las indicaciones establecidas.                                                                                                                        |
| 24. | Desarrollar actividades educativas para prevenir los posibles riesgos a complicaciones en las diferentes patologías tanto agudas como crónicas en su zona de trabajo                                                                                                                                                                                                                                               | Si | Desarrolló actividades educativas sobre el lavado de manos y el uso adecuado del tapabocas.                                                                                                                                                                                 |
| 25. | Reportar la presencia de eventos adversos que afecten la salud de la comunidad adscrita a su sitio de labores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Si | Reportó oportunamente los eventos adversos que pudieran afectar la salud de la comunidad adscrita a su lugar de trabajo, cuando se presentaron.                                                                                                                             |
| 26. | Apoyar las jornadas de monitoreo y censo canalización que se programen por parte de las entidades de salud de arden municipal, departamental y Nacional                                                                                                                                                                                                                                                            | Si | Brindó apoyo en las jornadas de monitoreo, censo y canalización programadas por las entidades de salud del orden municipal, departamental y nacional.                                                                                                                       |
| 27. | Las demás que se desprendan del objeto del presente contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Si | Cumplió con todas las actividades estipuladas en el contrato y aquellas que se derivaron del mismo.                                                                                                                                                                         |
| 28. | Para una adecuada ejecución del presente contrato y conforme el plan de trabajo y los requerimientos estipulados en el actual acuerdo, es necesario por parte del contratista acreditar el cumplimiento de este, con la entrega de productos, evidencias, actividades, informes y demás a que haya lugar en ares de realizar una gestión acorde Con las políticas institucionales de la Empresa Social del estado. | Si | Atendió de manera adecuada todos los requerimientos establecidos en el acuerdo vigente, aportando las evidencias e informes correspondientes, con el fin de desarrollar una gestión alineada con las políticas y objetivos institucionales de la Empresa Social del Estado. |

### 3. ELEMENTOS DE ORDEN JURÍDICO

Acreditación seguridad social para pago actual

| TIPO DE APOORTE | PLANILLA NO. | FECHA DE PAGO | PERIODO COTIZADO |
|-----------------|--------------|---------------|------------------|
| Tipo I          | 8639924520   | 09/02/2026    | 2026-01          |

|                                                                                  |                                                                                       |  |                                                                                    |             |       |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|
|  | <b>CENTRO DE SALUD FUNES</b><br><b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br>NIT.: 900128655-1 |  |  | Código:     | FOSBD |
|                                                                                  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS</b>                                            |  |                                                                                    | COD.        | SERIE |
|                                                                                  |                                                                                       |  |                                                                                    | 202         | 09.03 |
|                                                                                  |                                                                                       |  |                                                                                    | PAG. 1 DE 6 |       |

#### 4. ELEMENTOS DE ORDEN FINANCIERO

Los pagos efectuados corresponden a la ejecución del contrato, como se detalla a continuación

|                                                                         |                    |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>                                         | <b>\$4.712.280</b> |
| <b>VALOR A PAGAR CON EL PRESENTE INFORME</b>                            | <b>\$1.570.760</b> |
| <b>SALDO POR EJECUTAR (Valor total del contrato – el valor a pagar)</b> | <b>\$3.141.520</b> |

Descripción de Pagos del contrato

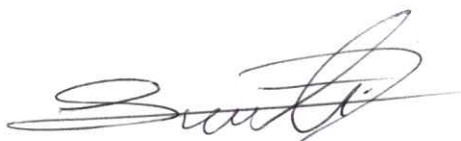
| DETALLE             | DEBE        | HABER       | SALDO       |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|
| VALOR DEL CONTRATO  | \$4.712.280 |             |             |
| VALOR A PAGAR ENERO |             | \$1.570.760 | \$3.141.520 |

#### 5. OBSERVACIONES

|                                           |
|-------------------------------------------|
| DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIONES AL CONTRATO: |
| NINGUNA                                   |

En constancia se expide en el Municipio de Funes (Nariño), a los dieciséis (16) días del mes de febrero del año dos mil veintiséis (2026).

Cordialmente,

  
**SANTIAGO ESTEBAN ROMO BURGOS**  
 Supervisor