## INFORME DE SUPERVISIÓN N°04

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TIPO DE CONTRATO:** | | | | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN. | | | |
| **CONTRATO No. Y FECHA:** | | | | 105 DEL 01 DE JULIO DE 2026 | | | |
| **CONTRATISTA:** | | | | YULIANA CASTELLANOS ZARATE | | | |
| **Nit o C.C. No.** | | | | CC 1101174531 | | | |
| **OBJETO:** | | | | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, TRASLADO DE PACIENTES Y ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ANTONIO DE PUENTE NACIONAL SANTANDER. | | | |
| **VALOR INICIAL:** | | | | TRECE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($13.800.000) M/CTE | | | |
| **VALOR ADICIONAL:** | | | | NO APLICA | | | |
| **PLAZO INICIAL:** | | | | SEIS (6) MESES | | | |
| **PLAZO ADICIONAL:** | | | | NO APLICA | | | |
| **SUPERVISOR - DESIGNADO** | | | | CAMILO ANDRES PABON ROMERO<br>SEGÚN DESIGNACIÓN del 21 de AGOSTO de 2026 | | | |
| **C.C. No. DEL SUPERVISOR** | | | | 1.007.735.296 BUCARAMANGA SANTANDER | | | |
| **FECHA DE INICIO:** | | | | 01 DE JULIO DEL 2026 | | | |
| **ACTA DE SUSPENSION** | **N°** | **N°** | **N°** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | |
| **ACTA DE REINICIACION** | **N°** | **N°** | **N°** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | |
| **FECHA DE TERMINACIÓN:** | | | | 31 DE DICIEMBRE DEL 2026 | | | |
| **MUNICIPIO:** | | | | PUENTE NACIONAL - SANTANDER | | | |
| **VALOR A COBRAR** | | | | DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($2.300.000) | | | |
| **PERIODO DE PAGO:** | | | | DESDE: 01/10/2026 | HASTA:31/10/2026 | | |

Con base en los informes presentados por el Contratista, **YULIANA CASTELLANOS ZARATE,** respecto a las actividades ejecutadas en el presente contrato y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte de la E.S.E Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional, tomando como base el presente informe parcial N°04 por valor de DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($ 2.300.000) M/CTE.

CERTIFICAMOS QUE:

De acuerdo con las condiciones establecidas en el presente contrato y una vez revisada la documentación suministrada por el Contratista, con relación al desarrollo y ejecución del mismo, las actividades representativas realizadas durante la ejecución fueron:

A continuación, se relacionan las actividades ejecutadas durante el periodo de ejecución.

| ITEM | ACTIVIDAD | SOPORTE | CUMPLE /NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| 1 | DILIGENCIAR LAS NOTAS DE ENFERMERÍA SEGÚN LAS EXIGENCIAS Y LOS PROTOCOLOS QUE EXIGEN LAS NORMAS APLICABLES. | EVIDENCIA 1 SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE OCTUBRE. | CUMPLE |
| 2 | ACREDITAR Y MANTENER VIGENTES LOS REQUISITOS Y CURSOS RELACIONADOS CON EL OBJETO DEL CONTRATO, SEGÚN LAS DISPOSICIONES APLICABLES Y LAS EXIGENCIAS DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, ASÍ COMO EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN MÍNIMO PARA EL PERSONAL DE LA SALUD ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014. | EVIDENCIA 2 SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE OCTUBRE. | CUMPLE |
| 3 | REALIZAR TRIAGE, SOPORTE VITAL, ELECTROCARDIOGRAMA, GLUCOMETRÍA, CANALIZACIÓN, INYECTOLOGÍA, NEBULIZACIONES Y TOMA DE SIGNOS VITALES, CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y APLICABLE. | EVIDENCIA 3 SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE OCTUBRE. | CUMPLE |
| 4 | REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA DE BAJA COMPLEJIDAD, TALES COMO CURACIONES, DENTRO DEL ALCANCE DEL PERFIL OCUPACIONAL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA HABILITADO; Y USUARIOS, OBSERVANDO LOS CORRECTOS DE ADMINISTRACIÓN ESTABLECIDOS POR LAS NORMAS | EVIDENCIA 4 SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE OCTUBRE. | CUMPLE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | NACIONALES E INTERNACIONALES, ASÍ COMO LA REGLA TÉCNICA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA DENOMINADA LOS "4 YO". | | |
| 5 | REPORTAR DE MANERA INMEDIATA AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER EVENTO ADVERSO O INCIDENTE RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, ASÍ COMO CUALQUIER FALLA QUE PRESENTEN LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, QUE OCURRA DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. | NO. APLICA REGISTRO FOTOGRAFICO. | NO CUMPLE |
| 6 | VELAR POR EL BUEN USO DE LOS INSUMOS (JERINGAS, CÁNULAS, VENDAS, SONDAS, GASAS) Y DEMÁS ELEMENTOS DISPONIBLES EN EL HOSPITAL; ASÍ COMO POR EL CUIDADO Y USO RACIONAL DEL STOCK DE MEDICAMENTOS DE URGENCIAS, DE LOS CARROS DE PARO DE LA SALA DE REANIMACIÓN Y DE LA SALA DE MATERNIDAD, Y DE LOS BIENES MUEBLES, ELEMENTOS, EQUIPOS U OBJETOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATANTE QUE UTILICE EN LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL. | EVIDENCIA 6 SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE OCTUBRE. | CUMPLE |
| 7 | CUMPLIR CON LAS NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES DE BIOSEGURIDAD, ASEPSIA Y ANTISEPSIA VIGENTES; COLABORAR CON LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE CAMILLAS Y CAMAS HOSPITALARIAS | EVIDENCIA 7 SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE OCTUBRE. | CUMPLE |
| 8 | REALIZAR EL LAVADO, DESINFECCIÓN, ROTULADO Y EMPACADO DE LOS EQUIPOS PARA SU ESTERILIZACIÓN; Y MANTENER EL(LOS) LUGAR(ES) FÍSICO(S) EN CONDICIONES APTAS Y ADECUADAS PARA LA ATENCIÓN, INGRESO Y ESTANCIA DEL PACIENTE, APLICANDO LOS PROTOCOLOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE UNIDADES. | EVIDENCIA 8 SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE OCTUBRE. | CUMPLE |
| 9 | CUSTODIAR, VIGILAR, SALVAGUARDAR Y RESPONDER POR EL INVENTARIO DE LOS MEDICAMENTOS ENTREGADOS AL CONTRATISTA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, E INFORMAR DE MANERA INMEDIATA AL SUPERVISOR CUALQUIER FALTANTE, DAÑO O VENCIMIENTO DE ESTOS. | EVIDENCIA 9 SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE OCTUBRE. | CUMPLE |
| 10 | CUSTODIAR, VIGILAR, SALVAGUARDAR Y DAR USO ADECUADO A LOS DOCUMENTOS, INFORMACIÓN Y BIENES MUEBLES, ELEMENTOS O EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATANTE A LOS QUE TENGA ACCESO O CONOCIMIENTO CON OCASIÓN DE SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES; IMPIDIENDO SU DIVULGACIÓN NO AUTORIZADA, SUSTRACCIÓN, DESTRUCCIÓN, OCULTAMIENTO O USO INDEBIDO. | EVIDENCIA 10 SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE OCTUBRE.. | CUMPLE |
| 11 | EL(LA) CONTRATISTA SE OBLIGA A RESPONDER POR LA PÉRDIDA O DAÑO(S) DE DICHOS BIENES, ELEMENTOS, EQUIPOS, EXPEDIENTES O DOCUMENTOS, CUANDO ESTOS SE CAUSEN POR USO INDEBIDO, USO INADECUADO O INDEBIDA MANIPULACIÓN, DE MANERA DOLOSA O CULPOSA, PARA LO CUAL DEBERÁ PAGAR O REINTEGRAR EL VALOR DE LOS DAÑOS MATERIALES CAUSADOS. | NO APLICA RESGISTRO FOTOGRAFICO. | NO CUMPLE |
| 12 | REALIZAR TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA (REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA). | NO APLICA REGISTRO FOTOGRAFICO. | CUMPLE |
| 13 | PRESTAR EL SERVICIO CON RESPETO, CORDIALIDAD Y COMUNICACIÓN ASERTIVA CON USUARIOS, PACIENTES, FAMILIAS, ACOMPAÑANTES Y COMPAÑEROS, EN CUMPLIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO, ABSTENIÉNDOSE EN TODO MOMENTO DE INCURRIR EN CUALQUIER FALTA DE RESPETO HACIA ELLOS, ASÍ | EVIDENCIA 13 SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE OCTUBRE. | CUMPLE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | COMO HACIA EMPLEADOS Y FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL. | | |
| 14 | GARANTIZAR EL CICLO DE ATENCIÓN DE SALUD AL USUARIO CUMPLIENDO CON LOS ESTÁNDARES DEFINIDOS EN EL DECRETO 1011 DE 2006 Y DEMÁS NORMAS QUE LO REGLAMENTEN, ADICIONEN, MODIFIQUEN O SUSTITUYAN; | NO APLICA REGISTRO FOTOGRAFICO. | CUMPLE |
| 15 | APOYAR Y CUMPLIR CON LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL EXIGIDAS DEBIDO A REVISIONES O AUDITORÍAS INTERNAS O EXTERNAS; Y APOYAR LAS ACCIONES Y ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN RELACIONADOS CON EL ÁREA DONDE CUMPLE SUS OBLIGACIONES, EL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO (MECI) Y DEMÁS POLÍTICAS INSTITUCIONALES EN CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE. | NO APLICA REGISTRO FOTOGRAFICO. | NO CUMPLE |
| 16 | EL CONTRATISTA SE OBLIGA A: I) NO REALIZAR NINGÚN TIPO DE INSINUACIÓN, SUGERENCIA O REFERENCIA RELACIONADA CON EL RETIRO VOLUNTARIO SIN JUSTA CAUSA DE TERCEROS; II) NO MANIPULAR EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LOS CUALES NO TENGA AUTORIZACIÓN; III) NO AUSENTARSE DEL LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO SIN GARANTIZAR QUE OTRA PERSONA CUBRA EL SERVICIO. | NO APLICA REGISTRO FOTOGRAFICO. | NO CUMPLE |
| 17 | EXPLICAR DE MANERA CLARA Y DETALLADA EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR SEGÚN LA ORDEN MÉDICA PARA LA FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL. | EVIDENCIA 17 SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE OCTUBRE. | CUMPLE |
| 18 | LAS DEMÁS OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA ESTABLECIDAS Y APLICABLES SEGÚN LAS NORMATIVAS VIGENTES. | NO APLICA REGISTRO FOTOGRAFICO. | NO CUMPLE |

Así mismo se deja constancia que se verificó el cumplimiento de las obligaciones del Contratista frente a los aportes al sistema de Seguridad Social, Caja de compensación Familiar, ICBF, SENA, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

A continuación, se relaciona los pagos del período, a saber:

| | | |
|---|---|---|
| APORTE A SALUD | Periodo de cotización | **OCTUBRE DEL 2026** |
| | Fecha de pago | **07 DE OCTUBRE DEL 2026** |
| | N.° de Planilla | **38629699** |
| | Ingreso Base de Cotización | **$1.750.905** |
| | Valor cotizado | **$218.900** |
| | EPS | **COOSALUD** |
| APORTE A PENSIÓN | Periodo de cotización | **OCTUBRE DEL 2026** |
| | Fecha de pago | **07 DE OCTUBRE DEL 2026** |
| | N° de Planilla | **38629699** |
| | Ingreso Base de Cotización | **$1.750.905** |
| | Valor cotizado | **$280.200** |
| | Fondo de Pensiones | **COLPENSIONES** |
| APORTE A.R.L. | Periodo de cotización | **OCTUBRE DEL 2026** |
| | Fecha de pago | **07 DE OCTUBRE DEL 2026** |
| | N° de Planilla | **38629699** |
| | Ingreso Base de Cotización | **$1.750.905** |
| | Valor cotizado | **$18.300** |
| | A.R.L. | **SURA** |
| PARAFISCALES | SENA | No aplica |
| | I.C.B.F. | No aplica |
| | Caja de Compensación | No aplica |

Por lo anterior, la suscrita Supervisora hace constar que la información suministrada en el presente informe es veraz y cumple con los parámetros establecidos con el objeto del contrato.

**AUTORIZACION DE PAGO**

De conformidad con lo anterior, la suscrita en calidad de supervisor del contrato CERTIFICA que se viene cumpliendo a cabalidad con las condiciones pactadas en el **Contrato de Prestación de Servicios de apoyo a la gestión No 105 del 01 de JULIO de 2026,** por parte de **YULIANA CASTELLANOS ZARATE**, identificada con cedula de ciudadania No. **1.101.174.531**; motivo por el cual están dadas las condiciones para autorizar el pago parcial Nº 04 por valor DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS **($ 2.300.000) M/CTE.**

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, Al tercer (03) dia del mes noviembre de 2026.

**CAMILO ANDRES PABON ROMERO**
SUPERVISOR – DESIGNADO