# FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

## INFORMACIÓN GENERAL

| | |
|---|---|
| **N° Contrato y Fecha** | PJ-AR-004-2024 del 26 de julio de 2024 |
| **Nombre del Contratista** | Ricardo Alberto Gaviria Villegas |
| **N° de identificación** | 1.082.905.250 |
| **Objeto del Contrato** | PRESTAR EL SERVICIO DE IMPRESIÓN, FOTOCOPIADO, Y ESCANER BAJO LA MODALIDAD DE ARRIENDO. PARA LAS UPSS DE BASTIDAS CONSULTA EXTERNA, BONDA, CLÍNICA CASTELLANA, LA PAZ, LOS ALMENDROS Y LA CANDELARIA CONSULTA EXTERNA DE LA ESE ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND DEL DISTRITO DE SANTA MARTA DTCH. |
| **Valor total del Contrato** | $ 165.000.000 |
| **Valor de honorarios período** | $ 32.755.383 |
| **N° Pago / N° de informe:** | 1 |
| **N° CDP** | No. 2,374 del 24 de julio de 2024 |
| **N° CRP** | No. 4,538 del 30 de julio de 2024 |
| **Plazo del Contrato** | Cinco (5) meses |
| **Fecha del Acta de Inicio** | 26 de julio de 2024 |
| **Nombre y cargo del supervisor del contrato** | Lixardo Enrique Ballesteros Cerchiaro, Subgerente administrativo |

## MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| | |
|---|---|
| **N° de modificación** | |
| **Tipo de modificación (adición – prórroga)** | |
| **Valor adicionado** | |
| **CDP de la adición** | |
| **CRP de la adición** | |
| **Tiempo prorrogado** | |

## PÓLIZAS (SI APLICA)

| | |
|---|---|
| **N° de póliza** | **CG-1056570** |
| **Nombre de la aseguradora** | **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.** |
| **Fecha de la póliza** | **Desde 26/07/2024 hasta 31/12/2025** |
| **Acto Administrativo de Aprobación** | N/A |

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS

| **ITEM** | **ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO** *(Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)* |
|---|---|
| **1.** | PRESTAR EL SERVICIO DE IMPRESIÓN, FOTOCOPIADO, Y ESCANER BAJO LA MODALIDAD DE ARRIENDO. |

## INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| **No DE PLANILLA** | 9459439295 | | |
|---|---|---|---|
| **Concepto del pago** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **Salud** | Sanitas | 2024/08/27 | $377.200 |
| **Pensión** | Positiva seguros | 2024/08/27 | $31.500 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Riesgos laborales | Colfondos | 2024/08/27 | $482.800 |

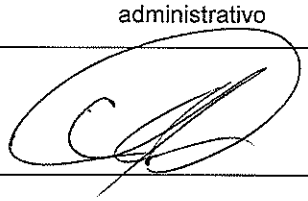
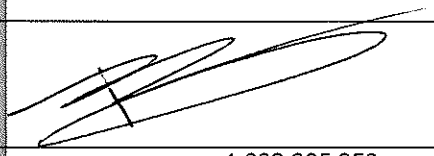
**DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

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 agosto del Año 2024 en Santa Marta DTCH

**ANEXOS**
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

| Anexo 1. | Anexo 2. |
|---|---|
| | |

| | |
|---|---|
| NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR | Lixardo Enrique Ballesteros Cerchiaro, Subgerente administrativo |
| FIRMA DEL SUPERVISOR |  |
| NOMBRE APOYO A LA SUPERVISION | |
| FIRMA APOYO A LA SUPERVISION | |
| NOMBRE CONTRATISTA | Ricardo Alberto Gaviria Villegas |
| FIRMA CONTRATISTA |  |
| N°. IDENTIFICACION | 1.082.905.250 |