FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	EB-569-2024
Nombre del Contratista	MARLON ENRIQUE JIMENEZ TORRES
N° de identificación	7629107
Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, HIGIENISTA ORAL, PROMOTOR O ADMINISTRADOR EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A TRAVÉS DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 1032 DEL 2024 DE MINSALUD EN LA E.S.E. ALPROREV.
Valor total del Contrato	$ 11.200.000
Valor de honorarios período	$ 1.493.333
N° Pago / N° de informe:	UNO (1)
N° CDP	2,439 del 13 de Agosto del 2.024
N° CRP	4,890 de 22 de Agosto del 2.024
Plazo del Contrato	TRES (3) MESES Y VEINTITRÉS (23) DIAS
Fecha del Acta de Inicio	Veintidós (22) de agosto del 2.024
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY SILVA POLO – SUBGERENTE ASISTENCIAL
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	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.	Encuentro en centro comercial Aquarela para nuevas directrices frente al programa equipos básico en salud.
2.	Nos reunimos en megabiblioteca para ejecutar plan de cuidado de cada uno de los usuarios realizados en programa anterior.
3.	Estudio y preparación de los documentos y herramientas parametrizadas para la correcta ejecución del programa
4.	Encuentro en colegio Juan Miguel de Osuna para plantear lo ejecutado en programa de excel.
5.	Diligenciamiento del programa de excel en general para las nuevas prácticas y directrices a seguir.

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	9470081751		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	Famisanar	21/AGOSTO/2.024	$164,800
Pensión	Porvenir	21/AGOSTO/2.024	$211,000
Riesgos laborales	Positiva	21/AGOSTO/2.024	$32,200

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 AGOSTO del Año 2.024 en Santa Marta DTCH

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





	
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	SAMMY SILVA POLO – SUBGERENTE ASISTENCIAL
FIRMA DEL SUPERVISOR	
FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)	
NOMBRE CONTRATISTA	MARLON ENRIQUE JIMENEZ TORRES
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	7629107
FIRMA CONTRATISTA	