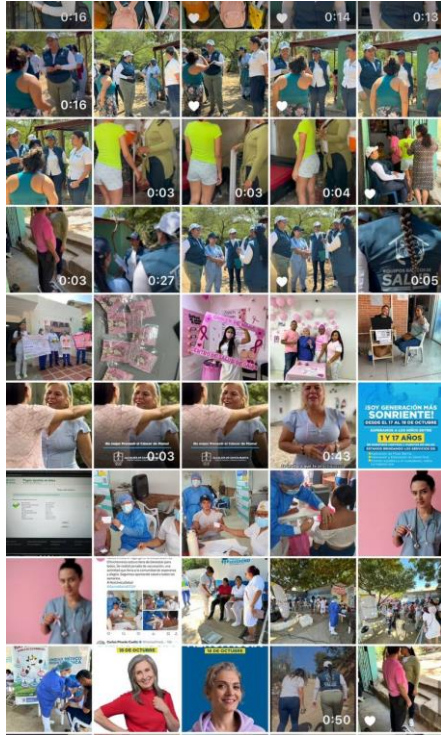


FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO			
INFORMACIÓN GENERAL			
N° Contrato y Fecha	2563 del 03 de octubre del 2024		
Nombre del Contratista	JUVAL BELTRAN CELEDON		
N° de identificación	1.082.992.921		
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA OFICINA ASESORA DE PLANEACION EN LA DE LA E.S.E ALEJANDRO PROSPERO REVEREND.		
Valor total del Contrato	\$ 10.500.000		
Valor de honorarios período	\$ 3.500.000		
N° Pago / N° de informe:	uno (1)		
N° CDP	2653 del 27 de septiembre del 2024		
N° CRP	5736 del 03 de octubre del 2024		
Plazo del Contrato	dos (2) Meses (veintinueve) días		
Fecha del Acta de Inicio	03 de octubre del 2024		
Nombre y cargo del supervisor del contrato	Lina Fernanda Armenta Rodriguez – Jefe Oficina Asesora de Planeación		
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.	Acto de presencia y cubrimiento audiovisual en zonas rurales y urbanas.		
2.	Captación de fotografías y videos para uso empresarial.		
3.	Edición avanzada de contenido para redes.		
4.	Edición avanzada de sonido.		
5.	Propuesta de nuevos contenidos		
6.	Seguimiento detallado de los resultados.		
INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No DE PLANILLA	9473920863		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	Sanitas	2024/10/17	176.700
Pensión	Colpensiones	2024/10/17	226.100

Riesgos laborales	Axa Colpatria	2024/10/17	34.600
INFORMACION DEL CONTRATISTA			
<p>Que, a la fecha, he cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.</p> <p>Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, sean descontados por la ESE</p> <p>Que lo correspondiente a pago por Seguridad Social, está debidamente pagado por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.</p> <p>Esta certificación se firma el mes de octubre del Año 2024 en Santa Marta DTCH.</p>			
ANEXOS			
(Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)			
<p>Anexo 1.</p>		<p>Anexo 2.</p>	

Anexo 3.



NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	Lina Fernanda Armenta Rodriguez – Jefe Oficina Asesora de Planeación
FIRMA DEL SUPERVISOR	
FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)	
NOMBRE CONTRATISTA	JUVAL BELTRAN CELEDON
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1.082.992.921
FIRMA CONTRATISTA	