FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	2069 del 12 de Septiembre del 2024
Nombre del Contratista	Claudia Patricia Aaron Covelli
N° de identificación	CC 1.004.360.507
Objeto del Contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO PARA EL DESARROLLO A LOS PROCESOS CONTRACTUALES, JUDICIALES, ADMINISTRATIVOS EN APOYO A LA GESTIÓN DE LA ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND**
Valor total del Contrato	$ 18.000.000
Valor de honorarios período	$ 4.500.000
N° Pago / N° de informe:	2/4
N° CDP	2520
N° CRP	5108 del 12 de septiembre de 2024
Plazo del Contrato	3 meses y 18 dias
Fecha del Acta de Inicio	12 de septiembre de 2024
Nombre y cargo del supervisor del contrato	Jesús Avendaño Pérez – Jefe Oficina Jurídica
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.	Apoyar en la verificación de la documentación y requisitos mínimos que deber tener los procesos de contratación
2.	apoyo en el cargue y alimentación de la plataforma SIHO-SECOP II- SIA

	OBSERVA
3.	Colaborar en la firma digital de los estudios previos de los supervisores en la plataforma SECOP II.
4.	Capacitar en el cargue y alimentación de la plataforma secop
5.	Revisar y verificar las hojas de vida enviadas por los contratistas

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	**7932156436**		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	NUEVA EPS	23/09/2024	$ 250.000
Pensión	PROTECCION	23/09/2024	$ 320.000
Riesgos laborales	COMPAÑÍA SEGUROS POSITIVA S.A	23/09/2024	$ 10.500

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 SEPTIEMBRE del Año 2024 en Santa Marta DTCH

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

Anexo 1.	**Anexo 2.**

NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	Jesús Avendaño Pérez – Jefe Oficina Jurídica
FIRMA DEL SUPERVISOR	
FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)	
NOMBRE CONTRATISTA	Claudia Patricia Aaron Covelli
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1.004.360.507
FIRMA CONTRATISTA	