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 PROFECIONALES 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:	Dos (2)
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 Rodríguez – Jefe Oficina Asesora de Planeación
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.	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.	Contenido diapositivas corporativas.
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	2024/10/30	175.000
Pensión	Colpensiones	2024/10/30	224.000

Riesgos laborales	Axa Colpatria	2024/10/30	34.200

INFORMACION DEL CONTRATISTA

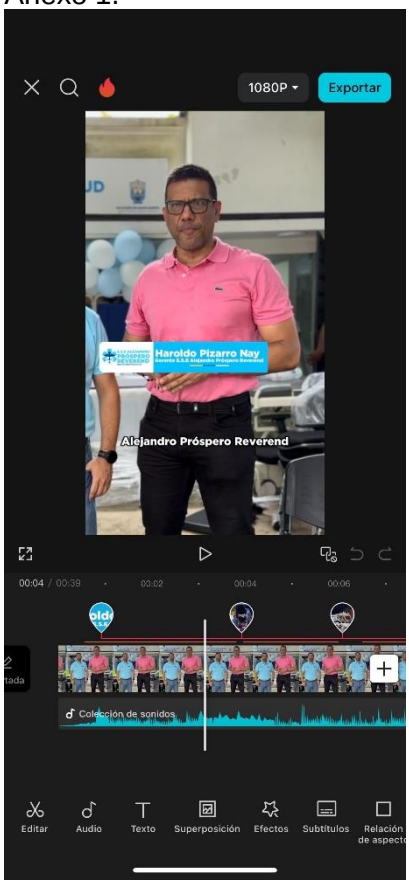
Que, a la fecha, he cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.
Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, sean descontados por la ESE
Que lo correspondiente a pago por Seguridad Social, está debidamente pagado por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.

Esta certificación se firma el mes de noviembre del Año 2024 en Santa Marta DTCH.

ANEXOS

(Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)

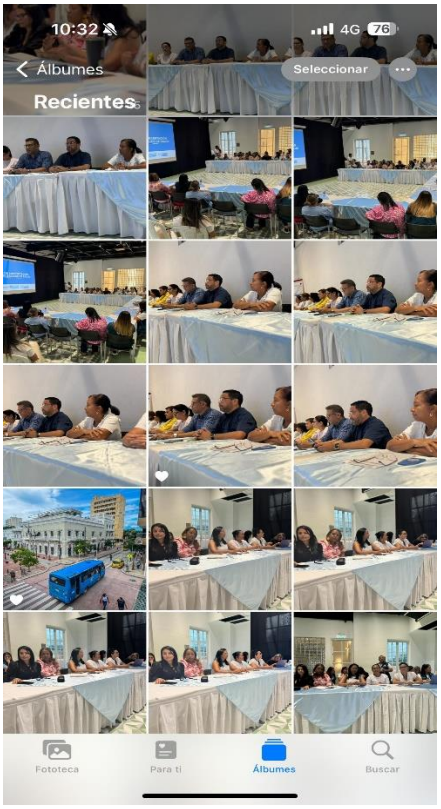
Anexo 1.



Anexo 2.



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	