FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

INFORMACIÓN GENERAL	
o y Fecha	PS-1169 del 01 de marzo de 2025
Nombre del Contratista	RAFAEL EDUARDO BARRETO GOMEZ
N° de identificación	1.007.759.418
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION REGULAR Y COVID CON EL INGRESO DE INFORMACION AL SISTEMA NOMINAL PAIWEB, APLICANDO SU CUALIFICACIÓN ACADÉMICA Y CUMPLIENDO LA PLATAFORMA DE LA E.S.E ALPROREV
Valor total del Contrato	$4.800.000
Valor de honorarios período	$2.400.000
N° Pago / N° de informe:	2
N° CDP	687
N° CRP	1962
Plazo del Contrato	2 MESES
Fecha del Acta de Inicio	01 de MARZO del 2025
Nombre y cargo del supervisor del contrato	PATRICIA MARTINEZ VEGA –COORDINADORA PAI E.S.E ALPROREV
UPSS	PUESTO DE SALUD LOS ALMENDROS
Servicio	VACUNACION
MODIFICACIONES CONTRACTUALES	
N° de modificación	
Tipo de modificación (adición – prórroga)	
Valor adicionado	
CDP de la adición	
CRP de la adición	
Tiempo prorrogado	
POLIZA (SI APLICA)	
N° de póliza	N/A
Nombre de la aseguradora	N/A
Fecha de la póliza	N/A

Powered by CamScanner

Acto Administrativo de Aprobación	N/A

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES

ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO *(Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)*
1.	1.REALIZAR EL INGRESO DE LA INFORMACION NOMINAL QUE SE GENERA POR LA VACUNACION DE LA POLBACION OBJETO PAI DE MANERA OPORTUNA Y COMPLETA.
2.	EGUIMIENTO CONTROL A COHORTE DE RECIEN NACIDOS POR EPES ASIGNADA
3.	.REVISION Y REPORTE DE INVENTARIOS DE BIOLOGICOS EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE VACUNACION ESE ALPOREV
4.	REALIZAR GESTION DE PEDIDO –TRASLADO-MANEJO DE PERIDIDAS DE BIOLOGICOS (MULTIDOSIS) SEGÚN REQUERIMIENTO POR UNIDAD
5.	.REALIZAR PROCESOS DE FACTURACION DE CADA UNO D E LOS BIOLOGIOS APLICADO EN LAS UNIDADES DE VACUNACION ASIGANADA, SOFTWARE CNT DE MANERA OPORTUNA Y COMPLETA
6.	DILIGENCIAMIENTO DE REGISTROS DIARIOS DE VACUNACION EXCEL
7.	ENTRGAR EL BALANCE DIARIO SEMANAL Y MENSUAL DE LAS PERSONAS VACUANDAS.DESAGREGADO
8.	CONTRATISTA ESTA OBLIGADO A PRESENTAR LA CUENTA DE COBRO Y TODOS LOS SOPORTE DE ESTA (INORME DE ACTIVIADADES, EVIDENCIA FOTO GRAFICAS, ACTA, CERTIFICACIONES, LISTA DE ASISTENCIA, ETC) EN MEDIO MAGNETICO AL SUPERVISOR DEL CONTRATO
9.	PAGAR LOS APORTE AL SISTEMA SE SEGURIDA SOCIAL SEGÚN LAS NORMAS LEGALES VIGENTES, EN LAS FECGAS ESTABLECIDA PARA EL PAGO Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES Y PRESENTAR SOPORTE ORIGINAL DE MANERA MESUAL

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	**9483578647**		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	NUEVA EPS	21/04/2025	180.000
Pensión	PORVENIR	21/04/2025	230.300
Riesgos laborales	COLPATRIA	21/04/2025	35.200

INFORMACION DEL CONTRATISTA

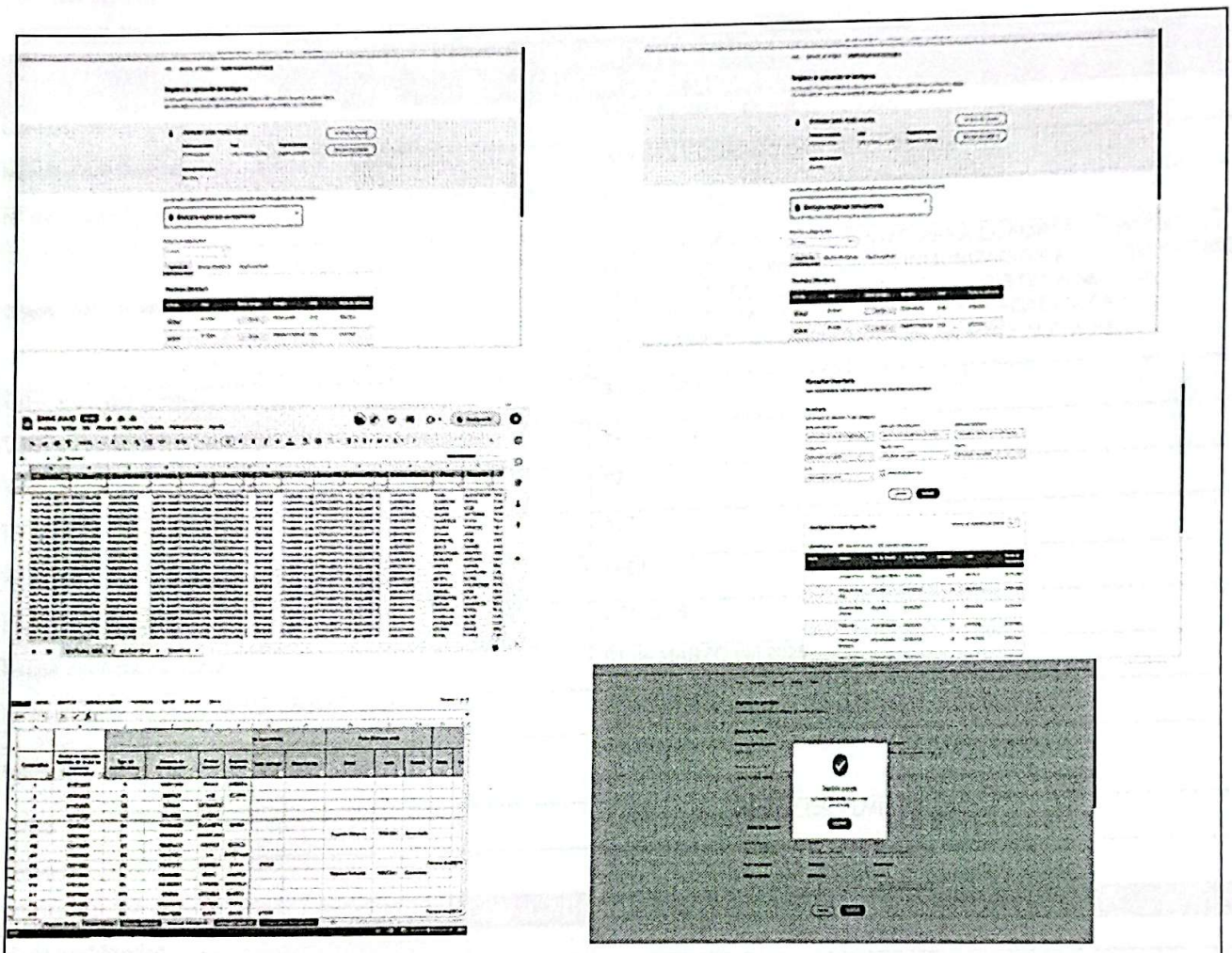
1. Que, a la fecha, he cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.
2. Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, sean descontados por la ESE
3. Que lo correspondiente a pago por Seguridad Social, está debidamente pagado por el valor que exige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

Esta certificación se firma el mes de ABRIL del Año 2025 en Santa Marta DTCH

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

Vigilado Supersalud

Powered by CamScanner



NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	PATRICIA MARTINEZ VEGA
FIRMA DEL SUPERVISOR	
NOMBRE CONTRATISTA	RAFAEL EDUARDO BARRETO GÒMEZ
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	C.C. 1.007.759.418
FIRMA CONTRATISTA	

Vigilado Supersalud

Powered by CamScanner