**INFORME DE ACTIVIDADES No. 001**

**CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO DEL 15 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE DEL 2025**

## 1. INFORMACION GENERAL

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No DE CONTRATO** | C-PSAG-409-2025 | **FECHA DE SUSCRIPCION** | AGOSTO 15 DEL 2025 | | | | |
| **TIPO DE CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION | | | | | | |
| **OBJETO** | PRESTACION DE SERVICIO APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR EN LAS ACTIVIDADES DE PRESERVACION Y CUIDADO DE LA PLANTA FISICA QUE INTEGRA LA ESE. HOSPITAL MARINO ZULETA RAMIREZ DEL MUNICIPIO DE LA PAZ EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR, ASI COMO LA ORIENTACION AL PERSONAL ASISTENTE EN LAS INSTALACIONES DE LA ENTIDAD. | | | | | | |
| **CONTRATANTE** | HOSPITAL MARINO ZULETA RAMIREZ | | | | | | |
| **NIT ESE** | 824.000.204-5 | | | | | | |
| **REP. LEGAL** | VANESSA MILENA TORRES MARTINEZ | | | | | | |
| **CONTRATISTA** | OSNAIDER ARIAS ALVAREZ | | | | | | |
| **NIT CONTRATISTA** | 1003393078 | **No CC** | 1003393078 | | | | |
| **VALOR TOTAL** | TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($ 3.800.000) M/C | | | | | | |
| **VALOR A COBRAR** | UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000) M/C | | | | | | |
| **PERIODO A COBRAR** | DEL 15 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2025 | | | | | | |
| **SUPERVISOR** | YINA PATRICIA MIELES CALDERON | **CARGO DE SUPERVISOR** | TECNICO DEL AREA DE LA SALUD ARCHIVO | | | | |
| **PLAZO** | DOS (02) MESES | | | | | | |
| **FECHA DE INICIO** | 15/08/2025 | **ADICION** | Si | | No | X | |
| **FECHA DE TERMINACIÓN** | 14/10/2025 | **SUSPENSIÓN** | Si | | No | X | |

## 2. IMPUTACION PRESUPUESTAL

| CONTRATO | Fecha | Rubro | Concepto | Recurso | CDP No. | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PSAG-409-2025 | 30/07/2025 | 2450208001-01 | servicios técnicos de apoyo operativo – remuneración. | | 709 | 3.800.000 |

| **3. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO** | |
|---|---|
| **OBLIGACIÓN CONTRACTUAL** | **OBLIGACION EJECUTADA** |
| 1. *Apoyar a la entidad en las actividades de custodia de los bienes muebles e inmuebles que se encuentran expuesto a diferentes riesgos originados interna y externamente de la planta física que conforma a la ESE Hospital Marino Zuleta*. | *Apoye a la entidad en las actividades de custodia de los bienes muebles e inmuebles que se encuentran expuesto a diferentes riesgos originados interna y externamente de la planta física que conforma a la ESE Hospital Marino Zuleta*. |
| 2. *Coadyuvar en el control y registro de las personas que ingresan a las instalaciones de la ESE Hospital Marino Zuleta, así como orientar conforme a las áreas de consulta, asistencia y/o atenciones requeridas.* | *Pude Coadyuvar en el control y registro de las personas que ingresan a las instalaciones de la ESE Hospital Marino Zuleta, así como orientar conforme a las áreas de consulta, asistencia y/o atenciones requeridas.* |
| 3. *Coadyuvar en la verificación que, el personal vinculado a la entidad cuente con los elementos de identificación institucional requeridos y visibles*. | *Logre Coadyuvar en la verificación que, el personal vinculado a la entidad cuente con los elementos de identificación institucional requeridos y visibles..* |
| 4. *Realizar las demás actividades que le sean encomendadas en cumplimiento al objeto contractual por parte del supervisor del contrato.* | *Realicé las demás actividades que me encomendó en cumplimiento al objeto contractual por parte del supervisor del contrato* |
| 5. *Rendir informe de su gestión a la entidad contratante mensualmente como requisito previo para el pago.* | *Rendí informe de mi gestión a la entidad contratante mensualmente como requisito previo para el pago* |
| **Evidencia Verificable (Referir la ubicación de los soportes sin acompañarlos físicamente, los cuales integran el archivo del área correspondiente)** | |
| | |

| 4. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES | | | |
|---|---|---|---|
| **OBLIGACIONES PRESTACIONALES** | **CUMPLIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES** | | **VALOR DEL I.B.C** |
| | | | $1.423.500.oo |
| **Mes de salud** | AGOSTO 2025 | **Mes de pensión** | AGOSTO 2025 |
| SEGURIDAD SOCIAL | PLANILLA N° 4615674660 | | VALOR DEL APORTE $ 440.500 |
| | | | |
| Salud | 178.000 | | |
| Pensión | 227.800 | | |
| Riesgos Laborales | 34.700 | | |
| PARAFISCALES | VALOR DEL APORTE $ 0.oo | | |
| Sena | $ 0.oo | | |
| Icbf | $ 0.oo | | |
| Caja de Compensación Familiar | $ 0.oo | | |

**5. DECLARACIONES GENERALES**

Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

También declaro que he cumplido con la obligación de realizar los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSSI en los periodos y valores señalados.

**6. DECLARACIONES ESPECIALES**

Que la E.S.E. Hospital Marino Zuleta Ramírez de la paz - Cesar, debe por concepto de servicios prestados por ejecución de las obligaciones del contrato de la referencia, en el periodo comprendido del 15 de agosto al 14 de septiembre 2025, la suma de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS.
($ 1.900. 000) M/C.
El presente documento se asimila a soporte equivalente de pago o cuenta de cobro.

**7. CERTIFICACIÓN DE CUENTA DE AHORRO**

Manifiesto que el valor de los presentes honorarios puede ser consignado a la cuenta de ahorro a la mano No. 52463216002 Bancolombia.

**8. ANEXOS**

- Planilla de pago aportes SGSS del mes de agosto de 2025
- CDP, RP Y Acta De Inicio
- Minuta contractual y contrato firmado
- Informe cualitativo
- Liquidación de estampillas
- RUT
- Certificación Bancaria

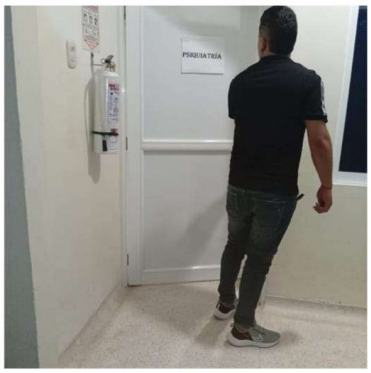
**Nombre del contratista**

**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:**







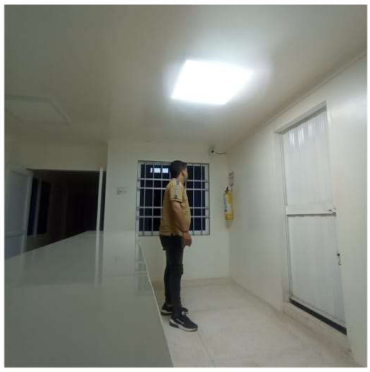


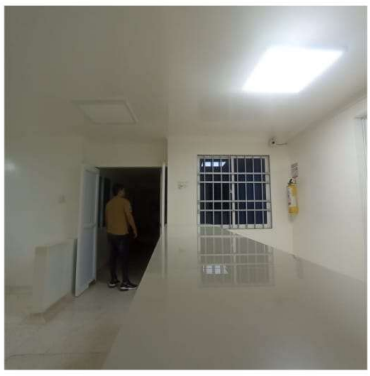











MISIO
MEDIC




Lactancia











