FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

INFORMACIÓN GENERAL

N° Contrato y Fecha	PJ-025-2026 del 20 de enero del 2026
Nombre del Contratista	DISTRIBUCIONES CLINICAS DE LA COSTA S.A.S.
N° de identificación	900.619.755-5
Objeto del Contrato	COMPRA DE UNIDADES ODONTOLÓGICAS ELÉCTRICAS DESTINADAS A FORTALECER LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E ALEJANDRO PROSPERO REVEREND
Valor total del Contrato	$ 164.991.120,00 COP
Valor de honorarios período	$ 164.991.120,00 COP
N° Pago / N° de informe:	1
N° Entrada/Factura	631113 / DC175036
N° CDP	221 del 20 de enero del 2026
N° CRP	707 del 20 de enero del 2026
Plazo del Contrato	un (1) mes
Fecha del Acta de Inicio	20 de enero del 2026
Nombre y cargo del supervisor del contrato	Sammy Silva Polo– supervisor

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° de modificación	
Tipo de modificación (adición – prórroga)	
Valor adicionado	
CDP de la adición	
CRP de la adición	
Tiempo prorrogado	

POLIZAS *(SI APLICA)*

N° de póliza	4436029
Nombre de la aseguradora	SEGUROS GENERALES SURAMENRICANA SA
Fecha de la póliza	21-01-2026
Acto Administrativo de Aprobación	aceptada

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

ITEM	**ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO** (*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*)
1.	VENTA DE UNIDADES ODONTOLÓGICAS ELÉCTRICAS DESTINADAS A FORTALECER LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E ALEJANDRO PROSPERO REVEREND

INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	35920235		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	Sanitas- Salud total	2026/20/01	$ 2.158.600
Pensión	Porvenir-Colpensiones-Colfondo-Porvenir	2026/20/01	$ 8.884.400
Riesgos laborales	Sura	2026/20/01	$ 462.300

DECLARACIONES 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 febrero del Año 2026 en Santa Marta DTCH

ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexo 1.	**Anexo 2.**

NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	Sammy Silva Polo – Supervisor
FIRMA DEL SUPERVISOR	
NOMBRE CONTRATISTA	DISTRIBUCIONES CLINICAS DE LA COSTA S.A.S.
FIRMA CONTRATISTA	
N°. IDENTIFICACIÓN	900619755-5

Asunto: DISTRICLINICAL PJ 025
Motivo: INFORME DE ACTIVIDADES
Fecha firma: 10/02/2026
Correo electrónico: sammysil80@gmail.com
Nombre de usuario: SAMMY YESID SILVA POLO
ID transacción: 69878c62-bb08-4242-b039-95565faed357