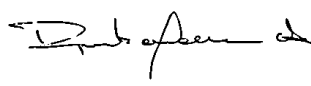


FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO			
A. INFORMACIÓN GENERAL			
N° Contrato y Fecha	PS-582 DE 2026		
Nombre del Contratista	RUPERTO TOMAS MORRON DE LA HOZ		
N° de identificación	CC: 7.592.633		
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA SUBGERENCIA ASISTENCIAL EN LAS ACTIVIDADES REALACIONADAS A LA COORDINACION MEDICA DE LA E.S.E. ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND		
Valor total del Contrato	\$18.000.000		
Valor de honorarios periodo	\$6.000.000		
N° Pago / N° de informe:	3/3		
N° CDP	126		
N° CRP	593		
Plazo del Contrato	78 DIAS		
Fecha del Acta de Inicio	13 DE ENERO DEL 2026		
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY SILVA POLO, SUBGERECIA ASISTENCIAL		
UPSS	SEDE ADMINISTRATIVA		
SERVICIO	SUBGERENCIA ASISTENCIAL		
B. 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		
C. POLIZAS ( 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		
D. ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)		
1.	REALICE SEGUIMIENTO AL PERSONAL MEDICO DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND		
2.	REALICE SEGUIMIENTO A LAS INCAPACIDADES PRESENTADAS EN EL MES		
3.	LE HICE SEGUIMIENTO A LAS HOJAS DE VIDAS AL PERSONAL MEDICO CONTRATISTA		
4.	ASISTI A LAS CAPACITACIONES Y REUNIONES DE COMITÉ CONVOCADAS POR PARTE DEL SUPERVISOR DE CONTRATO		
5.	PROMOVI EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LAS DISTINTAS ACTIVIDADES CIENTIFICAS DE LA ENTIDAD		
6.	Y LAS DEMAS ACTIVIDADES PREVISTAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO		
E. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No DE PLANILLA	4642703745		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	SANITAS	12/02/2026	\$300.000
Pensión	COLPENSIONES	12/02/2026	\$384.000
Riesgos laborales	POSITIVA	12/02/2026	\$ 12.600
F. 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 Secretaría de Hacienda Departamental.		
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.		
4	Esta certificación se firma en el <b>MES DE MARZO</b> del Año 2026 en Santa Marta DTCH.		
G. ANEXOS			

NOMBRE DE SUPERVISOR	SAMMY SILVA POLO
FIRMA DE SUPERVISOR	FIRMA DE SUPERVISOR Firmado Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web <a href="https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/">https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/</a>
NOMBRE CONTRATISTA	RUPERTO TOMAS MORRON DE LA HOZ
FIRMA CONTRATISTA	
N°. Identificación	CC. 7-592.633

**Asunto:** RUPERTO MORRON  
**Motivo:** INFORME DE ACTIVIDADES  
**Fecha firma:** 20/03/2026  
**Correo electrónico:** sammysil80@gmail.com  
**Nombre de usuario:** SAMMY YESID SILVA POLO  
**ID transacción:** 1ecc5996-7319-4c2b-a203-06a685d7ef59

