

FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

INFORMACIÓN GENERAL

Nº Contrato y Fecha	EB-022-2026 de fecha 16 de febrero de 2026
Nombre del Contratista	JOSE DAVID COTES VILLA
Nº de identificación	CC 1083035031 DE SANTA MARTA.
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA GENERAL EN LA ESE ALPROREV PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A TRAVÉS DE EQUIPOS BÁSICOS SEGÚN RESOLUCIÓN 698 DEL 2025 DEL MSPS (RURAL). ASIS-121
Valor total del Contrato	\$ 46.200.000
Valor de honorarios período	\$ 5.775.000
Nº Pago / Nº de informe:	1
Nº CDP	413
Nº CRP	1256
Plazo del Contrato	CUATRO (04) MESES
Fecha del Acta de Inicio	16 de febrero de 2026
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY YESID SILVA POLO – SUBGERENTE ASISTENCIAL
UPSS	LA LISA - TRASJORDANIA - SÁBANAS DE BONDA - QUEBRADA TIERRA LINDA
Servicio	EQUIPOS BASICOS

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº 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)

Nº de póliza	46-03-101002493
Nombre de la aseguradora	SEGUROS DEL ESTADO SA
Fecha de la póliza	17/07/2025
Acto Administrativo de Aprobación	031 DEL 16 DE FEBRERO 2026

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES

ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO <i>(Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)</i>
1	Identificar los determinantes en salud de las personas, familias y comunidades de los barrios
2	Formular el plan integral del cuidado primario a las personas, familias y comunidades
3	Realice atención en modalidad domiciliaria y/o intramural de acuerdo a las metas trazadas en los planes de cuidado
4	Promoví y facilite respuestas integrales a las necesidades de las personas, familias y comunidad
5	Gestione la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) a las personas, familias y comunidades
6	Promoví capacidades de las personas, las familias y comunidades para la identificación de sus factores de riesgo en salud y el ejercicio de su derecho a la atención según sea requerido.

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	N/A		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	NUEVA EPS	N/A	N/A
Pensión	PROTECCION	N/A	N/A
Riesgos laborales	AXA COLPATRIA	N/A	N/A

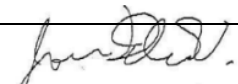
INFORMACION DEL CONTRATISTA

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 marzo del Año 2026 en Santa Marta DTCH.

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

<p>Anexo 1.</p> 	<p>Anexo 2.</p> 
<p>Anexo 3.</p> 	<p>Anexo 4.</p> 

NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	SAMMY YESID SILVA POLO – SUBGERENTE ASISTENCIAL
FIRMA DEL SUPERVISOR	Firmado Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/
FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)	
NOMBRE CONTRATISTA	JOSE DAVID COTES VILLA
Nº. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	CC 1083035031 DE SANTA MARTA.
FIRMA CONTRATISTA	

Vigilado Supersalud