FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	EB-234 del 19 de FEBRERO del 2026
Nombre del Contratista	**ANDRES FELIPE ACOSTA LOPEZ**
N° de identificación	**1083002198**
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 (URBANO). ASIS-112
Valor total del Contrato	$ **34.200.000**
Valor de honorarios período	$ 8.550.000
N° Pago / N° de informe:	SEGUNDA (2)
N° CDP	412
N° CRP	1408
Plazo del Contrato	117 DIAS
Fecha del Acta de Inicio	19 de FEBRERO del 2026
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY YESID SILVA POLO-SUBGERENTE ASISTENCIAL
UPSS	Villa franca Santa Lucía Brisas del nevado
Servicio	EQUIPOS BASICOS
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
POLIZA (SI APLICA)	
N° de póliza	62-03-101077565
Nombre de la aseguradora	**SEGURO DEL ESTADO**
Fecha de la póliza	**DESDE EL 20 DE FEBRERO 2026 HASTA EL 20 DE FEBRERO 2027**
Acto Administrativo de Aprobación	**N/A**

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES	
ITEM	**ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO** (*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*)
1.	Elaboración de planes de cuidado correspondientes a la primera visita domiciliaria.
2.	Realización de atenciones médicas y elaboración de historias clínicas por parte de las EPS capitadas.
3.	Elaboración de planes de cuidado para personas con enfermedades crónicas en el ámbito domiciliario.

Vigilado Supersalud

4.	Identificación y reporte oportuno de personas sin aseguramiento, con el fin de gestionar su debida afiliación al sistema de salud.
5.	Orientación y el acompañamiento a las familias para el acceso a servicios, atenciones, recursos o programas de otros sectores
6.	Informe del resultado del análisis de los hallazgos y acuerdos del plan de cuidado, que permita la toma de decisiones y la incidencia ante otros sectores para el cuidado de la salud de la población del territorio.

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	36707840		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	SANITAS	2026-03-19	213.000
Pensión	PORVENIR	2026-03-19	273.000
Riesgos laborales	AXA COLPATRIA	2026-03-19	41.700

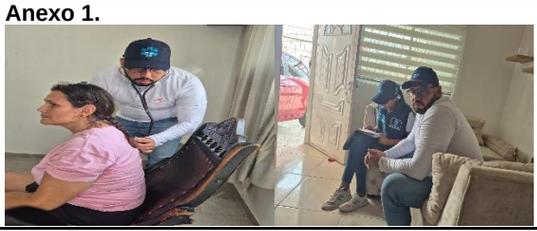
INFORMACION DEL CONTRATISTA

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 MARZO del Año 2026 en Santa Marta DTCH

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

Anexo 1.



Anexo 2.



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	**ANDRES FELIPE ACOSTA LOPEZ**
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	**1083002198**
FIRMA CONTRATISTA	

Vigilado Supersalud