



FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	EB-198-2026 DEL 18 DE FEBRERO DEL 2026
Nombre del Contratista	CAMILO JOSE RODRIGUEZ LOPEZ
N° de identificación	CC. 1083021826
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	\$ 4.275.000
N° Pago / N° de informe:	001
N° CDP	CDP-412
N° CRP	RP-1353
Plazo del Contrato	118 DÍAS
Fecha del Acta de Inicio	18 DE FEBRERO DEL 2026
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY YESID SILVA POLO SUBGERENTE ASISTENCIAL
UPSS	VILLA DEL RIO 1,2,3, VILLA MARBELLA, CONJUNTO RESIDENCIAL SAN CARLOS
Servicio	MÉDICO GENERAL DE EQUIPOS BASICOS
MODIFICACIONES CONTRACTUALES	
N° de modificación	
Tipo de modificación (adición – prórroga)	
Valor adicionado	
CDP de la adición	
CRP de la adición	
Tiempo prorrogado	
POLIZA (SI APLICA)	
N° de póliza	5314225001510
Nombre de la aseguradora	MAPFRE
Fecha de la póliza	15/01/2026
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.	Caracterización de los microterritorios de villa Marbella, Villa del rio 1,2,3 y conjunto residencial San Carlos		
2.	Ingreso de familias visitadas a planes de cuidado familiar de los microterritorios de Villa Marbella, conjunto residencial San Carlos y Villa del rio 1,2,3		
INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No DE PLANILLA			
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud			
Pensión			
Riesgos laborales			
INFORMACION DEL CONTRATISTA			
<div>1. Que, a la fecha, he cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.</div> <div>2. Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, sean descontados por la ESE</div> <div>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.</div> <div>Esta certificación se firma en el mes de MARZO del Año 2026 en Santa Marta DTCH</div>			
ANEXOS			
(Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)			
Anexo 1.	<div></div>		
Anexo 2.	<div></div>		
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		CAMILO JOSE RODRIGUEZ LOPEZ	
Nº. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA		CC. 1083021826	
FIRMA CONTRATISTA		