

FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

INFORMACIÓN GENERAL

Nº Contrato y Fecha	EB-158 del 16 de FEBRERO del 2026
Nombre del Contratista	MARIANA JOSÉ SIERRA CAMARGO
Nº de identificación	CC 1083027527
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA 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-122
Valor total del Contrato	\$ 33.600.000
Valor de honorarios período	\$ 4.200.000
Nº Pago / Nº de informe:	01
Nº CDP	415
Nº CRP	1262
Plazo del Contrato	120 DIAS
Fecha del Acta de Inicio	16 de FEBRERO del 2026
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY SILVA POLO-SUBGERENTE ASISTENCIAL
UPSS	Cristo rey, Aeromar, Don jaca, Altos de don jaca
Servicio	EQUIPOS BASICOS

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº de modificación	
Tipo de modificación (adición – prórroga)	
Valor adicionado	
CDP de la adición	
CRP de la adición	
Tiempo prorrogado	

POLIZA (SI APLICA)

Nº de póliza	46-03-101002400
Nombre de la aseguradora	Seguros del estado
Fecha de la póliza	20/02/2026
Acto Administrativo de Aprobación	N/A

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.	Realicé seguimientos de atenciones en salud en el microterritorio de Altos de Don Jaca.
2.	Realicé seguimientos en atención en salud en el microterritorio de Aeromar.




INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL



No DE PLANILLA	Afiliações		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	Sanitas	N/A	N/A
Pensión	Porvenir	N/A	N/A
Riesgos laborales	Axa Colpatría	N/A	N/A

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)

<p>Anexo 1.</p>  <p>Anexo 1.</p> 	<p>Anexo 2.</p> 
---	--

NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	SAMMY 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	MARIANA JOSÉ SIERRA CAMARGO
Nº. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1083027527
FIRMA CONTRATISTA	

Vigilado Supersalud