# FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

## INFORMACIÓN GENERAL

| | |
|---|---|
| **N° Contrato y Fecha** | EB -148 del 16 de FEBRERO del 2026 |
| **Nombre del Contratista** | ANNY RAMOS ESCOBAR |
| **N° de identificación** | CC 1.082.929.268 |
| **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** | $ 8.400.000 |
| **N° Pago / N° de informe:** | DOS (2) |
| **N° CDP** | 415 |
| **N° CRP** | 1250 DEL 16 DE FEBRERO DEL 2026 |
| **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** | CAMPANO |
| **Servicio** | 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** | 802088551 |
| **Nombre de la aseguradora** | CONFIANZA |
| **Fecha de la póliza** | 23/02/2026 |
| **Acto Administrativo de Aprobación** | 037 DEL 23 DE FEBRERO DE 2026 |

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES

| ITEM | ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO (*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*) |
|---|---|
| **1.** | Asistí a la socialización de los lineamientos en equipos básicos. |
| **2.** | Realice taller teórico practico de planes de cuidado, despliegue del plan de seguimiento de base datos. |

| | |
|---|---|
| **3.** | Realice actividad de socialización al equipo de trabajo sobre metas a realizar y método de trabajo en cada micro territorio asignado |
| **4.** | Realice seguimiento a planes de cuidado en micro territorio - media luna y las masas en acompañamiento con las auxiliares de enfermería, demás profesionales y gestor del equipo |

## INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| **No DE PLANILLA** | 9501794335 | | |
|---|---|---|---|
| **Concepto del pago** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **Salud** | SALUD TOTAL | 24/03/2026 | 211.100 |
| **Pensión** | PORVENIR | 24/03/2026 | 270.200 |
| **Riesgos laborales** | AXA COLPATRIA | 24/03/2026 | 41.300 |

## 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.**



**Anexo 3.**



**Anexo 4.**



Vigilado Supersalud

| Anexo 5. | Anexo 6. |
|---|---|
|  |  |

| | |
|---|---|
| **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** | ANNY RAMOS ESCOBAR |
| **N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA** | CC 1.082.929.268 |
| **FIRMA CONTRATISTA** | |

Vigilado Supersalud