

## FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

### INFORMACIÓN GENERAL

N° Contrato y Fecha	EB-160 del 16 de febrero de 2026
Nombre del Contratista	DANIELA RIVAS SALAZAR
N° de identificación	1083000477
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA 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-123
Valor total del Contrato	\$ 25.200.000
Valor de honorarios período	\$ 3.150.000
N° Pago / N° de informe:	001
N° CDP	417
N° CRP	1321
Plazo del Contrato	120 DIAS
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 aguacatera - Honduras - casa de Tabla - Orinoco - trompito alto - los naranjos
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	N/A
Nombre de la aseguradora	N/A
Fecha de la póliza	N/A
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.	Realice seguimiento a planes de cuidado, identificando avances y necesidades de la comunidad.
2.	Revise informes consolidados de psicología, verificando calidad del dato en la información registrada.
3.	Se brindó apoyo en la elaboración de informes y de planes de cuidado.
4.	4. Atención a la comunidad se realizaron atenciones individuales brindando orientación y apoyo psicosocial a los usuarios

5.	Se ejecutaron acciones grupales de promoción y prevención en salud con participación comunitaria.
6.	Se realizaron actividades educativas frente a acciones de famioliograma y ecomapa prevención del dengue y control de factores de riesgo en la comunidad.
7.	e desarrollaron actividades de sensibilización en salud mental, promoviendo el autocuidado y bienestar emocional.

**INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No DE PLANILLA	N/A		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	MUTUAL SER	N/A	N/A
Pensión	COLPENSIONES	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)

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 <a href="https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/">https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/</a>
FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)	
NOMBRE CONTRATISTA	DANIELA RIVAS SALAZAR
Nº. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1083000477
FIRMA CONTRATISTA	