FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° CONTRATO Y FECHA	EB-432 DEL 09 DE MARZO DE 2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CARMEN ALICIA PEÑALVER GOMEZ
N° DE IDENTIFICACIÓN	32.653.609
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE 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 URBANO ASIS 115.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$11.050.000
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO	$ 2.310.000
N° PAGO / N° DE INFORME:	01
N° CDP	418 DEL 9 DE FEBRERO DE 2026
N° CRP	1915 DEL 9 DE MARZO DE 2026
PLAZO DEL CONTRATO	98 DIAS
FECHA DEL ACTA DE INICIO	09 DE MARZO DE 2026
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	SAMMY YESID SILVA POLO – SUBGERENTE ASISTENCIAL
UPSS	MARIA CRISTINA
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	N/A
NOMBRE DE LA ASEGURADORA	N/A

Vigilado Supersalud

FECHA DE LA PÓLIZA	N/A
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.	Realicé caracterizaciones casa a casa en el sector de maría cristina, miguel pinedo y Galicia.
2.	Apoyé charla educativa en el IED EL PANTANO sobre sustancias psicoactivas, el cuidado personal y la convivencia humana.
3.	Realicé actividades comunitarias como brigadas o campañas de salud, apoyando en la organización, atención básica y orientación a los usuarios en el sector de maría cristina, miguel pinedo y Galicia.
4.	Elaboré y entregué a tiempo los familiogramas y ecomapas de los micro territorios del sector de maría cristina.
5.	Realicé toma de presión en el micro territorio del sector de maría cristina.

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	N/A		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	COOSALUD	N/A	N/A
Pensión	PORVENIR	N/A	N/A
Riesgos laborales	AXA COLPATRIA	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)

Vigilado Supersalud

Anexo 1.	Anexo 2.
	

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	CARMEN ALICIA PEÑALVER GOMEZ
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	32.653.609
FIRMA CONTRATISTA	Carmen Alicia Peñalver Gómez

Vigilado Supersalud