FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	PJ-119 del 08 de 09 del2025
Nombre del Contratista	OFIMAGDALENA SAS
N° de identificación	901.796.009-1
Objeto del Contrato	ARRENDAMIENTO DE IMPRESORA PARA LAS IMPRESIONES, FOTOCOPIADO Y ESCANER PARA LA E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND DEL DISTRITO DE SANTA MARTA DTCH
Valor total del Contrato	$360.000.000,00
Valor de honorarios período	$ 88.294.860
N° Pago / N° de informe:	2/2
N° CDP	2281 del 29 de agosto del 2025
N° CRP	6556 del 05 de septiembre del 2025
Plazo del Contrato	HASTA 31 DICIEMBRE 2025
Fecha del Acta de Inicio	08 de SEPTIEMBRE del 2025
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LIXARDO BALLESTEROS – SUBGERENTE ADMINISTRATIVO
UPSS	TODAS LAS UPSS
Servicio	TODAS LAS UPSS
MODIFICACIONES CONTRACTUALES	
N° de modificación	0
Tipo de modificación (adición – prórroga)	0
Valor adicionado	0
CDP de la adición	0
CRP de la adición	0
Tiempo prorrogado	0
Tiempo prorrogado	
N° de póliza	**33-46101067737**
Nombre de la aseguradora	**SEGUROS DEL ESTADO**
Fecha de la póliza	**06 SEPTIEMBRE 2025**
Acto Administrativo de Aprobación	**N° 097 DEL 08 DE SEPTIEMBRE DEL 2025**

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES	
ITEM	**ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO** (*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*)
1.	Suministrar en las unidades de atención • el servicio de impresión, fotocopiado y escáner a todas las UPSS • suministros de papelería

	• se realizó el soporte técnico de acuerdo a la necesidad de cada punto de atención • mantenimiento preventivo y suministro tóner a cada multifuncional. • Atender todas las solicitudes por parte de la supervisión. • Se instalaron en los puestos de salud de guachaca y puesto Atención Integral en el barrio obrero

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	9493059795		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	NUEVA EPS. - SANITAS	2025/09/26	$178.000
Pensión	COLPENSIONES	2025/09/26	$227.800
Riesgos laborales	SURA	2025/09/26	$ 7.500

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 octubre del Año 2025 en Santa Marta DTCH

ANEXOS
(Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)



Cambio del tóner y limpieza del desechos MP 5002 cuarto piso LA CASTELLANA 15:24



El equipo de PS BASTIDAS emergencia está operativo se volvió a configurar la impresora en el computador del consultorio 2 de emergencia 17:37



PS LA PAZ consulta externa está operativo 11:57



PS El PARQUE está operativo 9:43



Un elevador regulador marca EV1500 PS LAS MALVINAS está operativo 11:42



PS GAIRA está operativo 9:40



MINCA



La impresora IM430 ya está operativa en urgencias PS CASTELLANA 11:57

NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	LIXARDO BALLESTEROS – SUBGERENTE ADMINISTRATIVO
FIRMA DEL SUPERVISOR	
FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)	
NOMBRE CONTRATISTA	JAIRO CESAR GAVIRIA QUINTERO
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1.082.949.589
FIRMA CONTRATISTA	