

FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

INFORMACIÓN GENERAL

N° Contrato y Fecha	PS-688 del 23 de enero de 2026
Nombre del Contratista	CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA
N° de identificación	1082943188
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN BRIGADAS EXTRAMURALES Y/O ATENCIÓN DOMICILIARIA A USUARIOS DE LA ESE ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND.ASIS-030
Valor total del Contrato	\$ 6.626.666
Valor de honorarios período	\$ 2.800.000
N° Pago / N° de informe:	CUATRO (4)
N° CDP	112
N° CRP	831
Plazo del Contrato	30 DE ABRIL DEL 2026
Fecha del Acta de Inicio	23 de enero de 2026
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY YESID SILVA POLO - SUBGERENTE ASISTENCIAL
UPSS	Atención Domiciliaria
Servicio	Extramural

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° de modificación	PS-688-1
Tipo de modificación (adición – prórroga)	PROROGA
Valor adicionado	\$ 2.800.000
CDP de la adición	667
CRP de la adición	2403
Tiempo prorrogado	UN MES

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 (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)
1	Realice demanda inducida telefónicamente, desde casa

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	1081462909		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	Mutualser	2026/04/22	\$218.900
Pensión	Porvenir	2026/04/22	\$280.200
Riesgos laborales	AXA Colpatria	2026/04/22	\$42.700

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 ABRIL del Año 2026 en Santa Marta DTCH

ANEXOS

(Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)



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 https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/
FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)	TATIANA ROJAS JOLIANIS
NOMBRE CONTRATISTA	CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1.082.943.188
FIRMA CONTRATISTA	<i>Cristina C Martinez</i>