

**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**

**INFORMACIÓN GENERAL**

N° Contrato y Fecha	378 del 6 de enero de 2026
Nombre del Contratista	<b>LUZ VANESSA LIZCANO LASADA</b>
N° de identificación	1.082.865.005
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA EN LAS SEDES DE LA E.S.E. ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND.ASIS-080
Valor total del Contrato	\$ 9.600.000
Valor de honorarios período	\$2.400.000
N° Pago / N° de informe:	cuatro
N° CDP	82
N° CRP	389
Plazo del Contrato	85 días
Fecha del Acta de Inicio	6 de enero de 2026
Nombre y cargo del supervisor del contrato	ERIKA MORALES BRUGES - COORDINADORA DEL ÁREA DE ENFERMERÍA Y SUPERVISORA
UPSS	Centro de Salud la Paz
Servicio	Consulta Externa

**MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

N° de modificación	378-1
Tipo de modificación (adicción – prórroga)	Adicion
Valor adicionado	\$2.400.000
CDP de la adición	2583
CRP de la adición	1204
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 toma de citología
3.	Realice toma de signos vitales a pacientes en el servicio de consulta externa
4.	Apoye en el programa de crecimiento y desarrollo
5.	Oriente eduque al paciente y acompañante
6.	Apoye en el programa de crecimiento y desarrollo
8.	Apoye en el programa de control prenatal
9.	Realice registro de excel



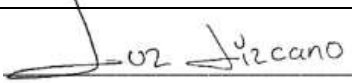
**INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No DE PLANILLA	4648522408		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	Mutualser	2026/04/28	\$222.200
Pensión	Colpensiones	2026/04/28	\$284.400
Riesgos laborales	Axa Colpatria	2026/04/28	\$43.400

**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

<b>ANEXOS</b> (Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)	
	
<b>NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR</b>	ERIKA MORALES BRUGES - COORDINADORA DEL ÁREA DE ENFERMERÍA Y SUPERVISORA
<b>FIRMA DEL SUPERVISOR</b> 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>	
<b>Coordinadora area Consulta Externa</b> 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>	<b>ADA LUZ GALVEZ FERNANDEZ</b>
<b>FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)</b>	
<b>NOMBRE CONTRATISTA</b>	<b>LUZ VANESSA LIZCANO LASADA</b>
<b>N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA</b>	1.082.865.005
<b>FIRMA CONTRATISTA</b>	

**Asunto:** LUZ VANESSA LIZCANO LASADA

**Motivo:** FORMATO DE ACTIVIDADES

**Fecha firma:** 04/05/2026

**Correo electrónico:** emoralesbruges@gmail.com

**Nombre de usuario:** ERIKA IRIS MORALES BRUGES

**ID transacción:** eb8822a7-3edc-4725-94d4-036382d992e0

