FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

INFORMACIÓN GENERAL

N° Contrato y Fecha	**EB-039 del 16 de FEBRERO del 2026**
Nombre del Contratista	**DANIEL JOSÉ GÁMEZ SÁNCHEZ**
N° de identificación	**1.083.560.767**
Objeto del Contrato	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA GENERAL 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-112.**
Valor total del Contrato	**$34.200.000**
Valor de honorarios período	**$8.550.000**
N° Pago / N° de informe:	**002**
N° CDP	**412**
N° CRP	**1282**
Plazo del Contrato	**120 días**
Fecha del Acta de Inicio	**16 de febrero del 2026**
Nombre y cargo del supervisor del contrato	**SAMMY YESID SILVA POLO SUBGERENTE ASISTENCIAL**
UPSS	**GUACHACA BARRIO TIMAYUI ETC**
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	16880
Nombre de la aseguradora	CHUBB
Fecha de la póliza	12-08-2025
Acto Administrativo de Aprobación	031 DEL 16 DE FEBRERO 2026

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES

ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO (*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*)
1.	

Vigilado Supersalud

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No DE PLANILLA	**6005078199**		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	COOSALUD	2026-03-20	$281.000
Pensión	PORVENIR	2026-03-20	$219.500
Riesgos laborales	SURA	2026-03-20	$42.900

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)

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 https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/**
FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)	
NOMBRE CONTRATISTA	**DANIEL JOSÉ GÁMEZ SÁNCHEZ**
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	**1.083.560.767**
FIRMA CONTRATISTA	

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersalud