



| FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | |
|--|---|
| INFORMACIÓN GENERAL | |
| N° Contrato y Fecha | EB-032-2026 del 16 de febrero del 2.026 |
| Nombre del Contratista | JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ |
| N° de identificación | 73145144 |
| 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 | \$ 4.275.000 |
| N° Pago / N° de informe: | PRIMER (1) |
| N° CDP | CDP-412 del 9 de febrero del 2.026 |
| N° CRP | RP-1280 del 16 de febrero del 2.026 |
| Plazo del Contrato | CUATRO (4) MESES |
| Fecha del Acta de Inicio | 16 DE FEBRERO DEL 2.026 |
| Nombre y cargo del supervisor del contrato | SAMMY YESID SILVA POLO – SUBGERENTE ASISTENCIAL |
| UPSS | LOS FUNDADORES-OASIS |
| Servicio | MEDICO DE 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 | 1014225000213 |
| Nombre de la aseguradora | RC MEDICA MAPFRE |
| Fecha de la póliza | 22 DE MAYO DEL 2.025 |
| Acto Administrativo de Aprobación | ACTA DE APROBACIÓN DE GARANTÍAS N° 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. | <p>Las actividades realizadas en el mes de febrero estuvieron encaminadas en el desarrollo de metas:</p> <p>Charlas educativas realizadas en los barrios: fundadores abordando las temáticas de hipertensión, diabetes patologías presente en esta comunidad de adultos mayores, así mismo se trabajó en cada uno de los micro territorios: el oasis, 8 de diciembre, Luis Carlos Galán.</p> <p>Abordando seguimientos de las familias, caracterizadas en los 4 micro territorios y a familias recuperadas en dichas comunidades.</p> <p>Se realizaron las diferentes consultas por medicina general a dichos pacientes en cada una de familias requeridas las cuales se documentaron por las diferentes EPS adscritas a nuestra institución ese Alejandro Prospero Reverend</p> | | |
| INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
| No DE PLANILLA | N/A | | |
| Concepto del pago | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| Salud | Sanitas | N/A | N/A |
| Pensión | Colpensiones | N/A | N/A |
| Riesgos laborales | Axa Colpatria | N/A | N/A |
| INFORMACION DEL CONTRATISTA | | | |
| <p>1. Que, a la fecha, he cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.</p> <p>2. Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, sean descontados por la ESE</p> <p>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.</p> <p>Esta certificación se firma el mes de MARZO del Año 2.026 en Santa Marta DTCH</p> | | | |
| ANEXOS | | | |
| (Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia) | | | |
| 1. |  | | |
| 2. |  | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |

| | |
|--|--|
|  |  |
| 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) | EVA ROSA GARCÍA RAMOS |
| NOMBRE CONTRATISTA | JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ |
| N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA | 73145144 |
| FIRMA CONTRATISTA |  |