

FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

INFORMACIÓN GENERAL

N° Contrato y Fecha	EB -148 del 16 de FEBRERO del 2026
Nombre del Contratista	ANNY RAMOS ESCOBAR
N° de identificación	CC 1.082.929.268
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA 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 (RURAL) ASIS-122
Valor total del Contrato	\$ 33.600.000
Valor de honorarios período	\$ 8.400.000
N° Pago / N° de informe:	TRES (3)
N° CDP	415
N° CRP	1250 DEL 16 DE FEBRERO DEL 2026
Plazo del Contrato	120 DIAS
Fecha del Acta de Inicio	16 de FEBRERO del 2026
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY SILVA POLO – SUBGERENTE ASISTENCIAL
UPSS	CAMPANO
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	802088551
Nombre de la aseguradora	CONFIANZA
Fecha de la póliza	23/02/2026
Acto Administrativo de Aprobación	037 DEL 23 DE FEBRERO DE 2026

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES

ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO <i>(Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)</i>
1.	Asistí a la socialización de los lineamientos en equipos básicos.
2.	Realice taller teórico practico de planes de cuidado, despliegue del plan de seguimiento de base datos.

3.	Realice actividad de socialización al equipo de trabajo sobre metas a realizar y método de trabajo en cada micro territorio asignado
4.	Realice seguimiento a planes de cuidado en micro territorio - media luna y las masas en acompañamiento con las auxiliares de enfermería, demás profesionales y gestor del equipo

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	9502272018		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	SALUD TOTAL	20/04/2026	420.000
Pensión	PORVENIR	20/04/2026	537.600
Riesgos laborales	AXA COLPATRIA	20/04/2026	81.900

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 Abril del Año 2026 en Santa Marta DTCH

ANEXOS

(Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)

Anexo 1.



Anexo 2.



Anexo 3.



Anexo 4.



<p>Anexo 5.</p> 	<p>Anexo 6.</p>
<p>NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR</p>	<p>SAMMY SILVA POLO – SUBGERENTE ASISTENCIAL</p>
<p>FIRMA DEL SUPERVISOR</p>	<p>Firmado Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/</p>
<p>FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)</p>	
<p>NOMBRE CONTRATISTA</p>	<p>ANNY RAMOS ESCOBAR</p>
<p>N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA</p>	<p>CC 1.082.929.268</p>
<p>FIRMA CONTRATISTA</p>	