FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

INFORMACIÓN GENERAL

N° Contrato y Fecha	EB -068 del 18 de FEBRERO del 2026
Nombre del Contratista	RITA MORENO CERVANTES
N° de identificación	CC 1.082.024.398
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 (URBANO) ASIS 113
Valor total del Contrato	$ 25.600.000
Valor de honorarios período	$ 6.400.000
N° Pago / N° de informe:	TRES (3)
N° CDP	414
N° CRP	1241 DEL 16 DE FEBRERO DEL 2026
Plazo del Contrato	120 DIAS
Fecha del Acta de Inicio	18 de FEBRERO del 2026
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY SILVA POLO – SUBGERENTE ASISTENCIAL
UPSS	NUEVA GALICIA
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	1014421
Nombre de la aseguradora	PREVISORA
Fecha de la póliza	18/02/2026
Acto Administrativo de Aprobación	033 DEL 18 DE FEBRERO DE 2026

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES

ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO (*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*)
1.	Realicé recorrido con la Ingeniera ambiental Sandra Avendaño y la Trabajadora social Cilia Coronado identificando los riesgos del Micro territorio La Calle 30

Vigilado Supersalud

2.	Realicé Actividad colectiva y complementaria en la cancha las Margaritas , Participantes Nutrición , Trabajo social , Medicina General , Odontología , Ingeniería ambiental y enfermería
3.	Realicé Caracterización, identificación de riesgos , atenciones en salud.
4.	Realicé socialización Actividad Colectiva Conjunto Sierra verde
5.	Participe en la asistencia a Secciones Educativas convocadas por el programa de equipos básicos en salud.
6.	Realicé trabajo administrativo con el equipo de trabajo.
7.	Realicé y envié informe de metas y consolidados de planes del cuidado.

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	**5168655099**		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	NUEVA EPS	15/04/2026	320.000
Pensión	PROTECCION	15/04/2026	409.600
Riesgos laborales	AXA COLPATRIA	15/04/2026	62.400

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

ANEXOS
(Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)

Anexo 1.



Anexo 2.



Anexo 3.



Anexo 4.



Vigilado Supersalud

Anexo 5.	Anexo 6.
	

NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	SAMMY 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	RITA MORENO CERVANTES
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	CC 1.082.024.398
FIRMA CONTRATISTA	Rita Moreno C.

Vigilado Supersalud