

FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO			
INFORMACIÓN GENERAL			
N° Contrato y Fecha	EB-071 del 16 de febrero de 2026		
Nombre del Contratista	<b>RUTH ESTHER GUARDIOLA MADRID</b>		
N° de identificación	57291947		
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE 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-115		
Valor total del Contrato	\$ 12.600.000		
Valor de honorarios período	\$ 3.150.000		
N° Pago / N° de informe:	TRES (3)		
N° CDP	418		
N° CRP	1197		
Plazo del Contrato	120 días		
Fecha del Acta de Inicio	16 de febrero de 2026		
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY YESID SILVA POLO - SUBGERENTE ASISTENCIAL		
UPSS	PARQUE DE BOLIVAR – ALTO DEL CISNE- RODRIGUEZ AHUMADA		
Servicio	Equipos Básicos		
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	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.	Hice acompañamiento a los profesionales durante las visitas de seguimiento a los planes de cuidado familiar en los micro territorios asignados.		
2.	Recolecte y presente las evidencias físicas y digitales de mis actividades diarias.		
3.	Apoye en la canalización y seguimiento de las diferentes necesidades identificadas en las familias.		
INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No DE PLANILLA	9501995628		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	SURA	2026/04/23	\$220,300
Pensión	PORVENIR	2026/04/23	\$282,000
Riesgos laborales	POSITIVA	2026/04/23	\$43,000
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 me encuentro debidamente afiliada al sistema de Seguridad Social como lo exige la Ley, anexo copia simple de los respectivos certificados.</p> <p>Esta certificación se firma el mes de <b>ABRIL</b> del Año 2026 en Santa Marta DTCH</p>			

<b>ANEXOS</b> (Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)	
	
<b>NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR</b>	SAMMY YESID SILVA POLO - SUBGERENTE ASISTENCIAL
<b>FIRMA DEL SUPERVISOR</b> 	<b>FIRMA DEL SUPERVISOR</b> Firmado Digitalmente. la autentificación del presente documento podrá ser validada en la página web <a href="https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/">https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/</a>
<b>FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)</b>	
<b>NOMBRE CONTRATISTA</b>	<b>RUTH ESTHER GUARDIOLA MADRID</b>
<b>Nº. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA</b>	57.291.947
<b>FIRMA CONTRATISTA</b>	