FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	EB-073 DEL 16-FEBRERO-2026
Nombre del Contratista	MARLON ENRIQUE JIMENEZ TORRES
N° de identificación	7629107
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	$ 1.575.000
N° Pago / N° de informe:	PRIMERA (1)
N° CDP	418
N° CRP	1199
Plazo del Contrato	120 DIAS
Fecha del Acta de Inicio	16 DE FEBRERO DEL 2026
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SAMMY YESID SILVA POLO-SUBGERENTE ASISTENCIAL
UPSS	SANTA ELENA
Servicio	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	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.	Visité el micro territorio Santa Elena
2.	Direccione a los usuarios a cita con citología Santa Elena
3.	Realicé caracterización de la población Santa Elena
4.	Apoyé en la Charlas educativas de promoción y prevención en el micro territorio Santa Elena
5.	Asistí a las capacitaciones programadas por la ESE ALPROREV
INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	

Vigilado Supersalud

No DE PLANILLA	N/A		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	FAMISANAR	**N/A**	**N/A**
Pensión	PORVENIR	**N/A**	**N/A**
Riesgos laborales	POSITIVA	**N/A**	**N/A**

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	MARLON ENRIQUE JIMENEZ TORRES
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	7629107
FIRMA CONTRATISTA	

Vigilado Supersalud