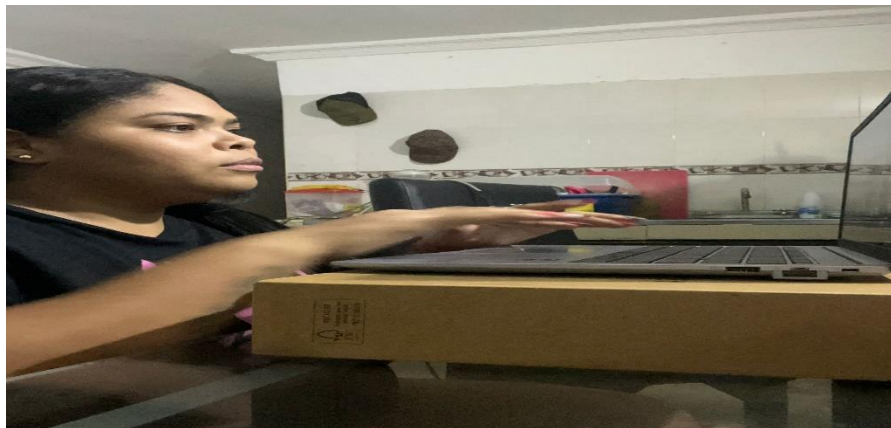
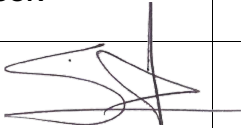
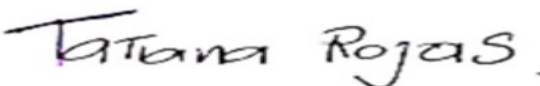


FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO			
INFORMACIÓN GENERAL			
N° Contrato y Fecha		PS-1334 del 7 de mayo de 2026	
Nombre del Contratista		CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA	
N° de identificación		1082943188	
Objeto del Contrato		PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN BRIGADAS EXTRAMURALES Y/O ATENCIÓN DOMICILIARIA A USUARIOS DE LA ESE ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND.ASIS-030	
Valor total del Contrato		\$ 11.200.000	
Valor de honorarios período		\$ 2.800.000	
N° Pago / N° de informe:		uno (1)	
N° CDP		1427	
N° CRP		3731	
Plazo del Contrato		4 meses	
Fecha del Acta de Inicio		7de mayo de 2026	
Nombre y cargo del supervisor del contrato		SAMMY YESID SILVA POLO - SUBGERENTE ASISTENCIAL	
UPSS		Atención Domiciliaria	
Servicio		Extramural	
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	Realice demanda inducida telefónicamente, desde casa		
INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No DE PLANILLA	1082241072		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	Mutualser	2026/05/22	\$218.900
Pensión	Porvenir	2026/05/22	\$280.200
Riesgos laborales	AXA Colpatria	2026/05/22	\$42.700
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 MAYO del Año 2026 en Santa Marta DTCH			
ANEXOS (Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)			

Vigilado Supersalud



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)	 TATIANA ROJAS JOLIANIS
NOMBRE CONTRATISTA	CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA
Nº. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1.082.943.188
FIRMA CONTRATISTA	