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:	3 (TRES)
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	TATIANA MARGARITA ROJAS JONIALIS LIDER - EXTRAMURAL
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	**1083318266**		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	Mutualser	2026/07/06	$218.900
Pensión	Porvenir	2026/07/06	$280.200
Riesgos laborales	AXA Colpatria	2026/07/06	$42.700

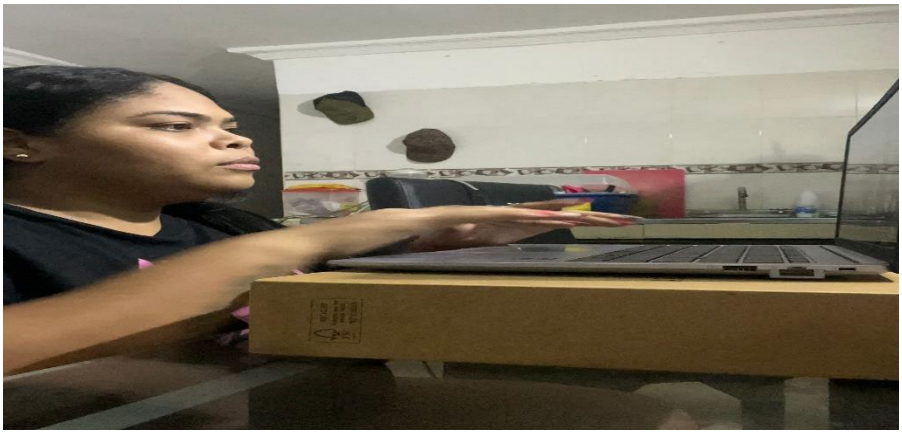
INFORMACION DEL CONTRATISTA

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 JULIO del Año 2026 en Santa Marta DTCH

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

Vigilado Supersalud



FIRMA DEL LIDER Y SUPERVISOR DEL CONTRATO	**TATIANA ROJAS JOLIANIS**
NOMBRE CONTRATISTA	**CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA**
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1.082.943.188
FIRMA CONTRATISTA	

Vigilado Supersalud