FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	PJ-042-2025– 24 FEBRERO 2025
Nombre del Contratista	LITOGUIA
N° de identificación	819.005.445-8
Objeto del Contrato	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE INSUMOS PARA LA SEÑALIZACIÓN, DEMARCACIÓN Y DEMÁS ELEMENTOS DE APOYO VISUAL PARA LA ORIENTACIÓN A COLABORADORES, USUARIOS Y VISITANTES PARA LA E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND, UPSS Y CLINICA LA CASTELLANA
Valor total del Contrato	150.000.000
Valor de honorarios período	37.902.690
N° Pago / N° de informe:	06
N° CDP	494
N° CRP	1.094
Plazo del Contrato	10 MESES
Fecha del Acta de Inicio	24 FEBRERO 2025
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA ARMENTA – JEFE DE PLANEACION
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
POLIZAS *(SI APLICA)*	
N° de póliza	**CG-1062246**
Nombre de la aseguradora	SEGUROS MUNDIAL
Fecha de la póliza	**25 FEBRERO 2025**
Acto Administrativo de Aprobación	**033**

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO (*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*)
1	PASACALLE SUSURRO DE MAR
2	ETIQUETAS ACTIVO FIJO GRANDE Y PEQUEÑA, HABLADORES
3	TABLEROS DE CORCHO, MANILLAS INFANTILES ROSASDAS Y AZULES ADULTOS BLANCAS,
4	CONMEMORACIONES EN ACRILICO, BOLSAS EN CAMBREL CON LOGO
5	SEÑALIZAICON REFLECTIVA Y NORMAL EN KIKOPACK VARIAS MEDIDA CON CINTA DOBLE FAZ
6	SEÑALICION INTERIOT Y EXTERIOR SEDE SANTA HELENA
7	

INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No DE PLANILLA	7973563798		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	VARIAS	2025/08/04	813.500

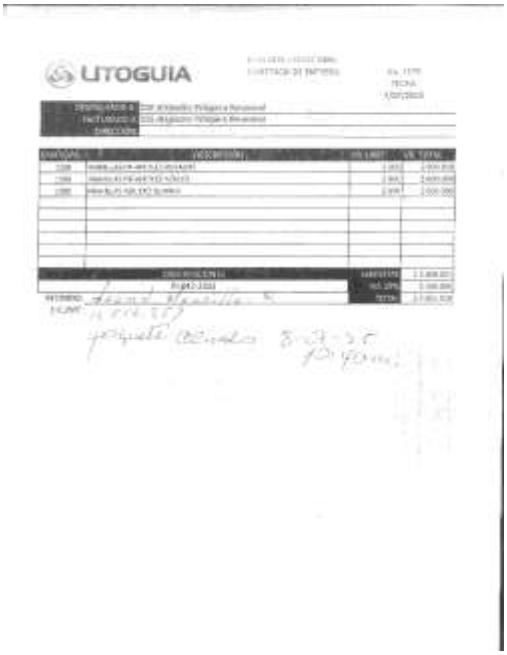
Pensión	VARIAS	2025/08/04	3.274.500
Riesgos laborales	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2025/08/04	466.700

DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

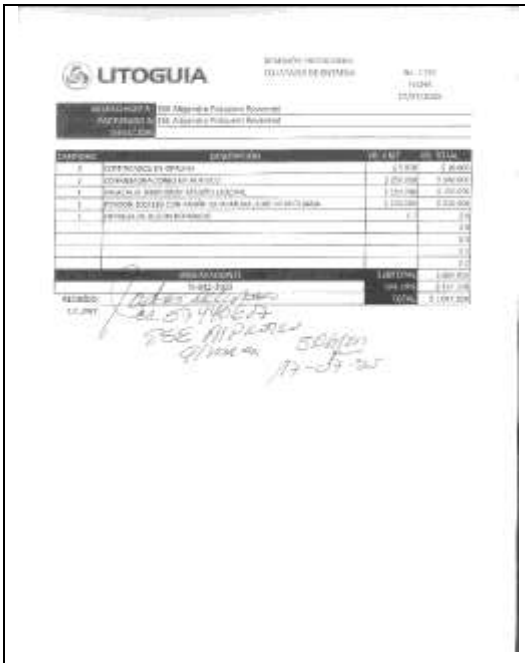
Que, a la fecha, he cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.
Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, sean descontados por la ESE
Que lo correspondiente a pago por Seguridad Social, está debidamente pagado por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
Esta certificación se firma el mes de AGOSTO del Año 2025 en Santa Marta DTCH

ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

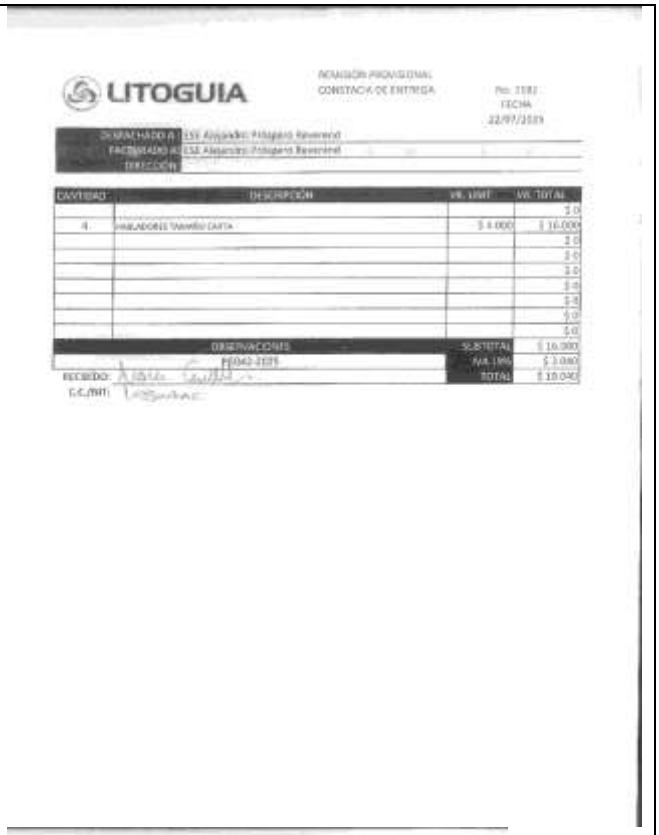
Anexo 1: remisiones de entrega de los materiales facturados adjunto todas las remisiones






LITOGUIA


LITOGUIA


LITOGUIA

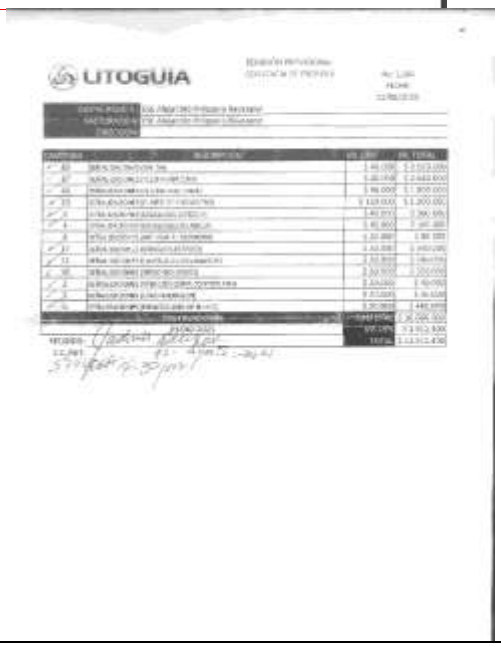

LITOGUIA


LITOGUIA

REMISIÓN DE ENTREGA


LITOGUIA

REMISION

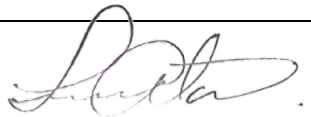

LITOGUIA




CENTRO DE SALUD
SANTA HELENA 500 AÑOS


ÁREA ADMINISTRATIVA
ÁREA DE ALMACENAMIENTO


BAÑOS DISCAPACITADOS
HOMBRES

NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	LINA ARMENTA – JEFE DE PLANEACION
FIRMA DEL SUPERVISOR	
NOMBRE CONTRATISTA	LITOGUIA
FIRMA CONTRATISTA	
N°. IDENTIFICACIÓN	819.005.445-8