| FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **INFORMACIÓN GENERAL** | |
| **N° Contrato y Fecha** | **EB-169** DEL 18 DE FEBRERO DE 2026 |
| **Nombre del Contratista** | **EVELYN YAÑEZ JAIMES** |
| **N° de identificación** | 1.083.012.477 |
| **Objeto del Contrato** | **"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA GENERAL 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-112."** |
| **Valor total del Contrato** | $ 38.475.000 |
| **Valor de honorarios período** | $ 8.550.000 |
| **N° Pago / N° de informe:** | 05 |
| **N° CDP** | 412 |
| **N° CRP** | 1341 |
| **Plazo del Contrato** | CIENTO VEINTE (120) DIAS |
| **Fecha del Acta de Inicio** | 19 DE FEBRERO DE 2026 |
| **Nombre y cargo del supervisor del contrato** | **SAMMY YESID SILVA POLO**<br>Subgerente Asistencial |
| **UPSS** | EQUIPOS BASICOS EN SALUD |
| **Servicio** | MEDICO GENERAL |
| **MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | |
| **N° de modificación** | **EB-169-1** |
| **Tipo de modificación (adición – prórroga)** | ADICION Y PRORROGA |
| **Valor adicionado** | $ 4.275.000 |
| **CDP de la adición** | 1743 |
| **CRP de la adición** | 4374 |
| **Tiempo prorrogado** | QUINCE (15) DIAS |
| **POLIZA (SI APLICA)** | |
| **N° de póliza** | 802085703 |
| **Nombre de la aseguradora** | CONFIANZA |
| **Fecha de la póliza** | 09/01/2026 |
| **Acto Administrativo de Aprobación** | ACTA 034 DEL 19 DE FEBRERO 2026 |

| ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES | |
|---|---|
| **ITEM** | **ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO**<br>(*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*) |
| **1.** | Realice el acompañamiento en la caracterización de las familias por parte de auxiliares de enfermería |
| **2.** | Elabore los planes de cuidados familiar con base en los resultados de las caracterizaciones, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores |
| **3.** | Realice canalizaciones y atenciones de consultas a los diferentes programas de PYM |
| **4.** | Brinde charlas de captación a gestantes y reporte para seguimiento |
| **5.** | Realice las notificaciones de eventos de interés en salud pública evidenciados en las visitas |
| **6.** | Brinde charlas en salud en el ámbito comunitario, educativo e Informal |
| **7.** | Realice la gestión pertinente para realizar aseguramiento en salud a pacientes sin afiliación |

| INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| **No DE PLANILLA** | **4652804884 - 4655855455** | | |
| **Concepto del pago** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **Salud** | SANITAS EPS | 2026/06/25 - 2026/06/30 | $ 427.500 - $ 427.500 |
| **Pensión** | COLPENSIONES | 2026/06/25 - 2026/06/30 | $ 547.200 - $ 547.200 |
| **Riesgos laborales** | POSITIVA | 2026/06/25 - 2026/06/30 | $ 83.400 - $ 83.400 |

Vigilado Supersalud

| INFORMACION DEL CONTRATISTA |
|---|
| 1. Que, a la fecha, he cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.<br>2. Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, sean descontados por la ESE<br>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.<br><br>Esta certificación se firma en el mes de **JUNIO** del Año 2026 en Santa Marta DTCH |

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

**Anexo1.**



**Anexo 2.**





| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR** | **SAMMY YESID SILVA POLO**<br>Subgerente Asistencial |
| **FIRMA DEL SUPERVISOR**<br><br>**Firmado digitalmente. La autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web** https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/ |  |
| **FIRMA APOYO A LA SUPERVISION ( SI APLICA)** | |
| **NOMBRE CONTRATISTA** | **EVELYN YAÑEZ JAIMES** |
| **N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA** | 1.083.012.477 |
| **FIRMA CONTRATISTA** |  |