FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

INFORMACIÓN GENERAL

N° Contrato y Fecha	PS-1360-2024 del 01 de Junio del 2024
Nombre del Contratista	RICARDO JOSE MORAN ESMERAL
N° de identificación	C.C. 1.042.346.463
Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO COMO OPERADOR DE LA CENTRAL DE CITAS DE LA ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND
Valor total del Contrato	$ 8.000.000
Valor de honorarios período	$ 2.000.000
N° Pago / N° de informe:	UNO (1)
N° CDP	1,824 del 01 de Junio del 2024
N° CRP	3,418 del 01 de Junio del 2024
Plazo del Contrato	CUATRO (4) MESES
Fecha del Acta de Inicio	01 de Junio del 2024
Nombre y cargo del supervisor del contrato	Lina Fernanda Armenta Rodríguez JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° de modificación	
Tipo de modificación (adición – prórroga)	
Valor adicionado	
CDP de la adición	
CRP de la adición	
Tiempo prorrogado	

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.	Asigne citas desde el área del Call Center de la ESE Alejandro Prospero Reverend, usando el nuevo SOFTWARE emédico y acate las instrucciones del supervisor en cuanto a cambio de horarios y traslados de la parte asistencial en las diferentes unidades
2.	Atendí a los usuarios de manera cordial de las UPSS-S con las que tenemos contrato (SANITAS, COOSALUD, NUEVA EPS, CAJACOPI, MUTUALSER), que se comunican con la finalidad de obtener su cita

3.	Utilice de manera cuidadosa las herramientas de trabajo como PC, DIADEMA, Y dispositivos que se encuentren disponibles para poder realizar la actividad sin retraso cuando el sistema se encuentra caído
4.	Trabaje en estrecha colaboración con el personal médico y administrativo para garantizar una gestión eficiente en cuanto asignación de citas y poder bajar el flujo de quejas
5.	Protegí la confidencialidad de la documentación e información de los usuarios para evitar perjuicios a la entidad

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	9467786469		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	Saludtotal	2024/06/20	$ 162.800
Pensión	Porvenir	2024/06/20	$ 208.400
Riesgos laborales	Axa Colpatria	2024/06/20	$ 31.800

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 del Año Junio 2024 en Santa Marta DTCH

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

Anexo 1.	**Anexo 2.**

NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	Lina Fernanda Armenta Rodríguez JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION
FIRMA DEL SUPERVISOR	
FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)	Diogenes Arrieta
NOMBRE CONTRATISTA	RICARDO JOSE MORAN ESMERAL
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1.042.346.463 de Barranquilla
FIRMA CONTRATISTA	Ricardo Moran E.

Asunto: INFORME DE ACTIVIDADES
Motivo: INFORME DE ACTIVIDADES RICARDO MORAN
Fecha firma: 03/07/2024
Correo electrónico: lfarmentar@hotmail.com
Nombre de usuario: LINA FERNANDA ARMENTA RODRIGUEZ
ID transacción: 99cbf1c9-ccd6-4ca8-9b67-75255e0da986