| FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **INFORMACIÓN GENERAL** | |
| **N° Contrato y Fecha** | PS – 1863 – 2024 |
| **Nombre del Contratista** | MAIRA ALEJANDRA HOYOS GUTIERREZ |
| **N° de identificación** | 1.082.944.046 |
| **Objeto del Contrato** | PRESTAR SERVICIOS A LA SUBGERENCIA ASISTENCIAL COMO ORIENTADOR PARA APOYAR A LA UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCION ADMINISTRATIVA AL USUARIO DE LA E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND. |
| **Valor total del Contrato** | $ 6.000.000 |
| **Valor de honorarios período** | $ 2.000.000 |
| **N° Pago / N° de informe:** | 2/2 |
| **N° CDP** | **2251** |
| **N° CRP** | **4304** |
| **Plazo del Contrato** | 3 meses |
| **Fecha del Acta de Inicio** | 10 de julio del 2024 |
| **Nombre y cargo del supervisor del contrato** | **EVA GARCIA RAMOS -** Profesional Universitario con funciones en la oficina de Atención alUsuario. |
| **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.** | *Apoye en el proceso de información y atención al usuario en el S.G.S.S.S. al cliente interno yexterno, centro de salud de Bastidas* |
| **2.** | *Participé en el desarrollo de encuestas de satisfacción y tabulación mes de julio en el centro Salud de bastidas.* |
| **3.** | *Oriente y direccione a los usuarios con sus solicitudes, necesidades e información.* |
| **4.** | *Promoví campañas emanada por el ministerio de salud, demanda inducida, asignación de citas* |
| **5.** | *Realice Sesiones Educativas en las UPSS asignadas, sobre derechos y deberes, portafolio deservicio y de más secciones que se proveen.* |
| **6.** | *Realizar Censo Hospitalario* |

| INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| **No DE PLANILLA** | 9470451679 | | |
| **Concepto del pago** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **Salud** | Coosalud | 2024/07/31 | $ 162.500 |
| **Pensión** | Protección | 2024/07/31 | $ 208.000 |
| **Riesgos laborales** | Axa Colpatria | 2024/07/31 | $ 31.700 |
| **Caja de Compensación** | Cajamag | 2024/07/02 | $ 26.000 |
| | total | 2024/07/02 | $ 428.200 |

| 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, seandescontados por la ESE<br>3. Que lo correspondiente a pago por Seguridad Social, está debidamente pagado por el valor que exigela Ley, pago del cual anexo copia simple.<br>Esta certificación se firma el mes de AGOSTO del Año 2024 en Santa Marta DTCH |
| **ANEXOS**<br>**(Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)** |
| **Anexo 1.**<br><br>**Anexo 2.**<br> |

| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR** | **EVA GARCIA RAMOS**<br>PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES EN LA OFICINA DEATENCIÒN AL USUARIO |
| **FIRMA DEL SUPERVISOR** | |
| **FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)** | |
| **NOMBRE CONTRATISTA** | MAIRA ALEJANDRA HOYOS GUTIERREZ |
| **N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA** | 1.082.944.046 |
| **FIRMA CONTRATISTA** | |

**Asunto:** MAYRA HOYOS
**Motivo:** INFORME DE ACTIVIDADES
**Fecha firma:** 30/08/2024
**Correo electrónico:** evagarciaramos@hotmail.com
**Nombre de usuario:** EVA ROSA GARCIA RAMOS
**ID transacción:** 60a15a47-e4c9-4ef2-9512-a8f9b075a3cb