FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

INFORMACIÓN GENERAL

N° Contrato y Fecha	PS-2196-2024 del 01 de Octubre del 2024
Nombre del Contratista	KAROL ANDREA ACOSTA DAVILA
N° de identificación	C.C. 1.083.019.011
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	$ 6.000.000
Valor de honorarios período	$ 2.000.000
N° Pago / N° de informe:	UNO (1)
N° CDP	2,662 del 01 de Octubre del 2024
N° CRP	5,373 del 01 de Octubre del 2024
Plazo del Contrato	TRES (3) MESES
Fecha del Acta de Inicio	01 de Octubre 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	**9473253268**		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	Sanitas	2024/10/01	$ 162.500
Pensión	Colpensiones	2024/10/01	$ 208.000
Riesgos laborales	Axa Colpatria	2024/10/01	$ 31.700

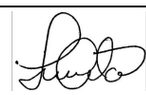
INFORMACION DEL CONTRATISTA

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 Octubre del Año 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)	
NOMBRE CONTRATISTA	KAROL ANDREA ACOSTA DAVILA
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	CC 1.083.019.011 de Santa Marta
FIRMA CONTRATISTA	