FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	2333 del 01 de Octubre de 2024
Nombre del Contratista	**ZOILA ROSA BERMÚDEZ CUCUNUBÁ**
N° de identificación	**36.554.616**
Objeto del Contrato	*PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES A LA SUBGERENCIA ASISTENCIAL COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA APOYAR A LA UNIDAD FUNCIONAL ADMINISTRATIVA DE ATENCION AL USUARIO EN LAS UPSS DE LA E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND*
Valor total del Contrato	$ 10.650.000
Valor de honorarios período	$ 3.550.000
N° Pago / N° de informe:	**1**
N° CDP	2669
N° CRP	5334
Plazo del Contrato	Tres (3) meses
Fecha del Acta de Inicio	01 de Octubre de 2024
Nombre y cargo del supervisor del contrato	**EVA GARCIA RAMOS-PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES EN LA OFICINA DE ATENCIÒN AL USUARIO**
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	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.	Se realizaron Sesiones Educativas en las UPSS, asignadas. (Clínica La Castellana, CS Taganga CS. Minca, PS San Jorge, Tigrera, Latagua y el Campano)
2.	Elaboración de encuestas aplicada en las unidades de la zona norte
3.	Se hizo Apertura del buzón de sugerencia se realizó acta de apertura, registro fotográfico del buzón de sugerencia reporté los pqrs recepcionadas en las upss, gestioné las respuestas de los PQRS que presentaron las E.P.S. ante la plataforma. Y correo. Persona.
4.	Atendí los casos según requerimiento del equipo médico (desnutrición, maltrato, negligencia, violencia sexual, (intento de suicidio, otros)
5.	Elaboración de fichas socioeconómica
6.	Sesión educativa en la clínica la castellana. Tema: prevención del suicidio. Conferencista.

7.	Socialización clínica la Castellana. Conformación asociación de usuario.

INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No DE PLANILLA	**4573693721**		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	SANITAS	21/10/2024	**$ 178.400**
Pensión	COLPENSIONES	21/10/2024	**$ 228.300**
Riesgos laborales	AXA COLPATRIA	21/10/2024	**$ 34.400**

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 Alejandro Prospero Reverend.
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 en el mes **Octubre** del Año **2024** en Santa Marta DTCH

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

Anexo 1



Anexo 2



Anexo 3



Anexo 4



NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	**EVA GARCIA RAMOS- PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES EN LA OFICINA DE ATENCIÒN AL USUARIO**
FIRMA DEL SUPERVISOR	Firmado Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co
FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)	
NOMBRE CONTRATISTA	**ZOILA ROSA BERMÚDEZ CUCUNUBÁ**
FIRMA CONTRATISTA	Zoila Bermudez C
N°. Identificación	**36.554.616**

Asunto: ZOILA BERMUDEEZ
Motivo: INFORME DE ACTIVIDADES
Fecha firma: 29/10/2024
Correo electrónico: evagarciaramos@hotmail.com
Nombre de usuario: EVA ROSA GARCIA RAMOS
ID transacción: 2d4c164b-a5cd-463a-b3ac-2df5776ee503