FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	PS – 2319 – 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:	1/1
N° CDP	**2673**
N° CRP	**5319**
Plazo del Contrato	3 meses
Fecha del Acta de Inicio	01 de Octubre del 2024
Nombre y cargo del supervisor del contrato	**EVA GARCIA RAMOS -** Profesional Universitario con funciones en la oficina de Atención 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**
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	9474285560		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	Coosalud	2024/10/07	$ 162.500
Pensión	Protección	2024/10/07	$ 208.000
Riesgos laborales	Axa Colpatria	2024/10/07	$ 31.700
Caja de Compensación	Cajamag	2024/10/07	$ 26.000
	total	2024/10/07	$ 428.200

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 exigela 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	**EVA GARCIA RAMOS** PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES EN LA OFICINA DE ATENCIÒN 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 ACTIIDADES
Fecha firma: 29/10/2024
Correo electrónico: evagarciaramos@hotmail.com
Nombre de usuario: EVA ROSA GARCIA RAMOS
ID transacción: 58a1c79b-49b5-42a6-aee7-bfd9ae5f732f