FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

INFORMACIÓN GENERAL

N° Contrato y Fecha	PS-2628 DEL 15 DE OCTUBRE DEL 2024
Nombre del Contratista	DIANA LUCIA LOZANO ROJAS
N° de identificación	CC 34.998.894
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE APOYO COMO OPERADOR DE LA CENTRAL DE CITAS DE LA ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND
Valor total del Contrato	CINCO MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($ 5.000.000)
Valor de honorarios período	DOS MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($ 2.000.000)
N° Pago / N° de informe:	02 (SEGUNDO)
N° CDP	2,662 DEL 15 DE OCTUBRE DEL 2024
N° CRP	5,850 DEL 15 DE OCTUBRE DEL 2024
Plazo del Contrato	76 DIAS
Fecha del Acta de Inicio	15 DE OCTUBRE DEL 2024
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA FERNANDA ARMENTA RODRIGUEZ - JEFE DE OFICINA DE PLANEACION

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

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

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

ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO (*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*)
1.	Realice la asignación de citas desde la Central telefónica de la ESE Alejandro Prospero Reverend, de acuerdo con la programación de agendas de los diferentes Profesionales, como médicos, odontólogos, enfermeras y especialistas.
2.	Atendí de manera cordial y oportuna a los Usuarios de las diferentes UPSS-S que se comunican a la central de citas de la ESE.
3.	Atendí los requerimientos de información por parte de las EPAB en lo relacionado a las quejas por falta de oportunidad
4.	Acate las indicaciones del Supervisor durante el desarrollo del contrato y de manera general, obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando las dilataciones u obstáculos que pudieran presentarse.

INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No DE PLANILLA	4579278629		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	Salud total	26/11/2024	$162.500
Pensión	Porvenir	26/11/2024	$208.000
Riesgos laborales	Seguros de vida Colpatria	26/11/2024	$31.700

DECLARACIONES 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.

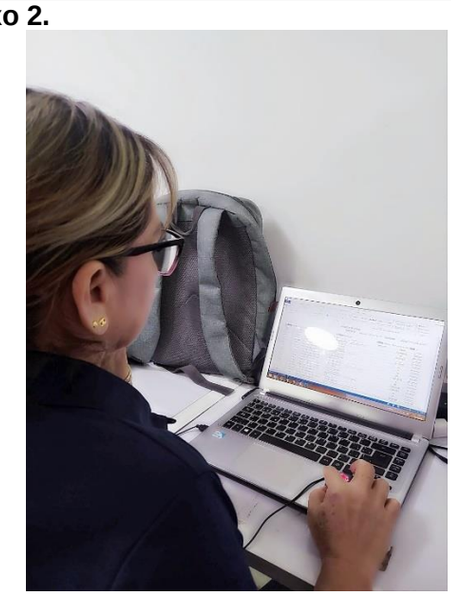
Esta certificación se firma el mes de noviembre del Año 2024 en Santa Marta DTCH

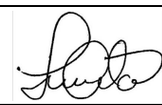
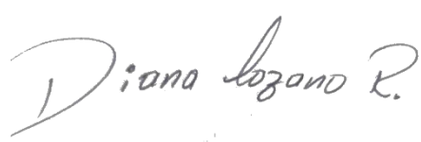
ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexo 1.



Anexo 2.



NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	LINA FERNANDA ARMENTA RODRIGUEZ JEFE OFICINA DE PLANEACION
FIRMA DEL SUPERVISOR	
FIRMA APOYO A LA SUPERVISION	
NOMBRE CONTRATISTA	DIANA LUCIA LOZANO ROJAS
FIRMA CONTRATISTA	
N°. IDENTIFICACIÓN	CC 34.998.894