

FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

INFORMACIÓN GENERAL

Nº Contrato y Fecha	PS 1971 DEL 01 DE AGOSTO DEL 2024
Nombre del Contratista	ARIANA PATRICIA ZAMBRANO NORIEGA
Nº de identificación	1082917050
Objeto del Contrato	APOYAR A LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA EN LA OPERACIÓN FINANCIERA DEL PROCESO DE FACTURACION PARA LA RED PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD DE LA ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND
Valor total del Contrato	8.000.000
Valor de honorarios período	2.000.000
Nº Pago / Nº de informe:	3/3
Nº CDP	2368 DEL 01 DE AGOSTO DEL 2024
Nº CRP	4590 DEL 01 DE AGOSTO DEL 2024
Plazo del Contrato	4 MESES
Fecha del Acta de Inicio	01 DE AGOSTO DEL 2024
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LIXARDO BALLESTEROS CERCHIARO – SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº de modificación	
Tipo de modificación (adición – prórroga)	
Valor adicionado	
CDP de la adición	
CRP de la adición	
Tiempo prorrogado	

POLIZAS (SI APLICA)

Nº 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 el registro y/o actualización de los datos al momento de la admisión del paciente
2.	Garantice la calidad del registro de la información de manera clara, oportuna y precisa
3.	Facture las actividades, procedimientos suministrados y medicamentos utilizados en la totalidad de la prestación del servicio
4.	Realice de forma ágil oportuna, completa, clara y correcta la liquidación de la prestación de los servicios garantizando los ingresos a la entidad
5.	Apoye al recaudo de dinero por concepto de servicios particulares, copagos y cuotas moderadoras por la liquidación de la prestación de servicios acorde con la normatividad y hacer entrega formal de los soportes

INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

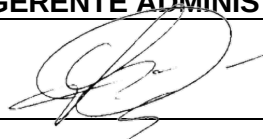
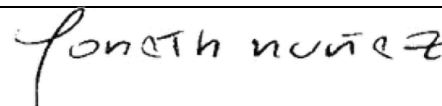
No DE PLANILLA	4573428262		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	Salud Total	2024/10/23	\$163.900
Pensión	Porvenir	2024/10/23	\$209.800
Riesgos laborales	Axa Colpatria	2024/10/23	\$32.000

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 octubre 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		LIXARDO BALLESTEROS CERCHIARO – SUBGERENTE ADMINISTRATIVO	
FIRMA DEL SUPERVISOR			
NOMBRE APOYO A LA SUPERVISION		JONETH NUÑEZ MAESTRE	
FIRMA APOYO A LA SUPERVISION			
NOMBRE CONTRATISTA		ARIANA PATRICIA ZAMBRANO NORIEGA	
FIRMA CONTRATISTA			
N°. IDENTIFICACIÓN		1.082.917.050	