FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	PS 1971 DEL 01 DE AGOSTO DEL 2024
Nombre del Contratista	ARIANA PATRICIA ZAMBRANO NORIEGA
N° 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
N° Pago / N° de informe:	4/4
N° CDP	2368 DEL 01 DE AGOSTO DEL 2024
N° 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	
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 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	4575225253		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	Salud Total	2024/11/21	$163.200
Pensión	Porvenir	2024/11/21	$208.900
Riesgos laborales	Axa Colpatria	2024/11/21	$31.900

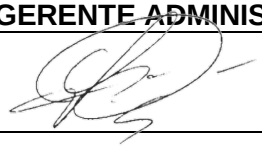
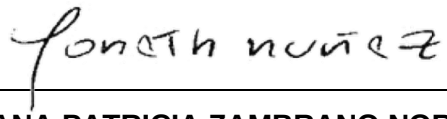
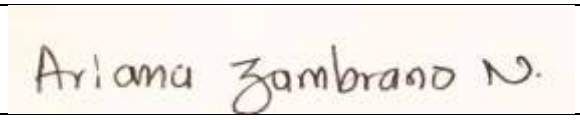
DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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	**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