FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	N° 079 DEL 1 DE ENERO DEL 2025
Nombre del Contratista	ANTONIO SEBASTIAN CUELLO PONZON
N° de identificación	1.083.010.695
Objeto del Contrato	**"**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE ALPROREV"
Valor total del Contrato	$ 10.200.000
Valor de honorarios período	$ 5.100.000
N° Pago / N° de informe:	1
N° CDP	81
N° CRP	7
Plazo del Contrato	DOS (2) MESES
Fecha del Acta de Inicio	1 DE ENERO DEL 2025
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ – MEDICO APOYO AL AREA ASISTENCIAL
UPSS	CS DE TAGANGA
SERVICIO	URGENCIAS
MODIFICACIONES CONTRACTUALES	
N° de modificación	
Tipo de modificación (adición – prórroga)	
Valor adicionado	
CDP de la adición	
CRP de la adición	
Tiempo prorrogado	
POLIZA (SI APLICA)	
N° de póliza	1011854
Nombre de la aseguradora	PREVISORA
Fecha de la póliza	15/05/2024
Acto Administrativo de Aprobación	N/A

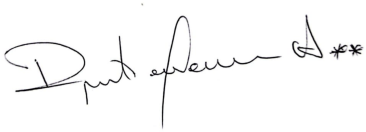
ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES	
ITEM	**ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO** (*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*)
1.	ATENDÍ DE MANERA INTEGRAL LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS.
2.	PRESCRIBÍ Y ADMINISTRÉ TRATAMIENTOS, ASÍ COMO HICE MODIFICACIONES SEGÚN LO REQUIRIERA EL CASO DEL PACIENTE.
3.	REALICÉ EL PROCESO DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA.
4.	SOLICITÉ EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PARA RESPALDAR DIAGNÓSTICOS.
5.	ORIENTÉ Y EDUQUÉ A LOS PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE SU PADECIMIENTO E INDIQUÉ EL CUIDADO REQUERIDO.
6.	DERIVÉ LOS CASOS QUE LO REQUIRIERAN A VALORACIÓN POR ESPECIALISTAS.

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No DE PLANILLA	7950785106		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	Nueva EPS	2025/01/20	$260.000
Pensión	Colpensiones	2025/01/20	$332.800
Riesgos laborales	Positiva	2025/01/20	$50.700

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 ENERO del Año 2025 en Santa Marta DTCH

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

Anexo 1.	**Anexo 2.**
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ – MEDICO APOYO AL AREA ASISTENCIAL
FIRMA DEL SUPERVISOR	**Firmado Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/**
NOMBRE APOYO A LA SUPERVISION	**RUPERTO MORRON-COORDINADOR MEDICO**
FIRMA APOYO A LA SUPERVISION	
NOMBRE CONTRATISTA	ANTONIO SEBASTIAN CUELLO PONZON
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1.083.010.695
FIRMA CONTRATISTA	

Asunto: ANTONIO CUELLO
Motivo: INFORME DE ACTIVIDADES
Fecha firma: 30/01/2025
Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com
Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ
ID transacción: 85cb5007-1563-43e7-a942-2304ae66febb