FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

INFORMACIÓN GENERAL

N° Contrato y Fecha	PS-1529 DEL 1 DE MAYO 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	$ 15.300.000
Valor de honorarios período	$ 5.100.000
N° Pago / N° de informe:	1
N° CDP	1009
N° CRP	2628
Plazo del Contrato	TRES (3) MESES
Fecha del Acta de Inicio	1 DE MAYO DE 2025
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA GOMEZ VELEZ MÉDICO APOYO AL ÁREA 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°0058 (01/05/2025)

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES

ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO (*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*)
1.	NO ME AUSENTE DEL SERVICIO, NI ABANDONE EL SERVICIO ANTES DE LA HORA PROGRAMADA EN EL CRONOGRAMA DE TURNOS
2.	CUMPLI CON LOS TURNOS ASIGNADOS EN LAS HORAS PROGRAMADAS

Vigilado Supersalud

3.	LLEGUE A LA HORA PROGRAMADA EN EL CRONOGRAMA DE TURNOS
4.	NO TRABAJE BAJO EFECTOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
5.	ATENDÍ CON PROBIDAD TODA LA CONSULTA DE URGENCIAS

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	**7968422353**		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	Nueva EPS	2025/05/20	$280.000
Pensión	Colpensiones	2025/05/20	$358.400
Riesgos laborales	Positiva	2025/05/20	$54.600

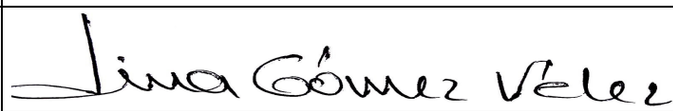
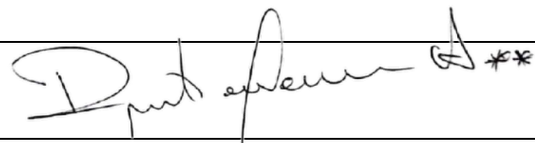
INFORMACION DEL CONTRATISTA

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 exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.

Esta certificación se firma el mes de MAYO 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 GOMEZ VELEZ MÉDICO APOYO AL ÁREA ASISTENCIAL**
FIRMA DEL SUPERVISOR	
NOMBRE APOYO A LA SUPERVISION	**RUPERTO MORON**
FIRMA APOYO A LA SUPERVISION	
NOMBRE CONTRATISTA	ANTONIO SEBASTIAN CUELLO PONZON
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1.083.010.695
FIRMA CONTRATISTA	

Vigilado Supersalud