FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

INFORMACIÓN GENERAL

N° Contrato y Fecha	PS-1861-2025 del 03 de Mayo del 2025
Nombre del Contratista	KAROL ANDREA ACOSTA DAVILA
N° de identificación	C.C. 1.083.019.011
Objeto del Contrato	PRESTACIÒN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA OFICINA ASESORA DE PLANEACION EN LA DE LA E.S.E ALEJANRO PROSPERO REVEREND. ADM-036
Valor total del Contrato	$ 10.800.000
Valor de honorarios período	$ 3.600.000
N° Pago / N° de informe:	UNO (1)
N° CDP	1032 del 30 de Abri del 2025
N° CRP	2909 del 03 de Mayo del 2025
Plazo del Contrato	DOS (2) meses y 28 Días
Fecha del Acta de Inicio	03 de Mayo del 2025
Nombre y cargo del supervisor del contrato	Lina Fernanda Armenta Rodriguez JEFE DE OFICINA ASESORA PLANEACION
UPSS	SEDE ADMINISTRATIVA
Servicio	PLANEACIÓN

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	N/A
Nombre de la aseguradora	N/A
Fecha de la póliza	N/A
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.	Apoyé en la programación y cumplimiento de las agendas de servicios médicos, odontológicos y especialidades en las diferentes ups.
2.	Apoyé en la capacitación de los operadores en el manejo del software de programación de citas.

Vigilado Supersalud

3.	Apoyé en la organización de turnos de los operadores de la central de citas.
4.	Apoyé a la subgerencia asistencial en la programación y novedades que surjan en el agendamiento de citas.
5.	Apoyé el diseño e implementación de indicadores e informes de proceso de agendamiento de citas, que permitan medir la oportunidad, eficiencia y productividad del mismo.

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	9484808377		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	SANITAS	2025/04/29	$227.800
Pensión	COLPENSIONES	2025/04/29	$178.000
Riesgos laborales	AXA COLPATRIA	2025/04/29	$34.700

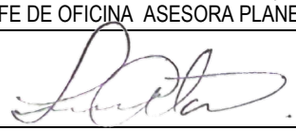
INFORMACION DEL CONTRATISTA

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 Fernanda Armenta Rodriguez JEFE DE OFICINA ASESORA PLANEACION
FIRMA DEL SUPERVISOR	
FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)	
NOMBRE CONTRATISTA	KAROL ANDREA ACOSTA DAVILA
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	CC 1.083.019.011 de Santa Marta
FIRMA CONTRATISTA	Karol Acosta Davila

Vigilado Supersalud