FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	PS-2325-2025
Nombre del Contratista	ANA MARCELA TORRES COVILLA
N° de identificación	1083042949
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA ESE ALPROREV
Valor total del Contrato	$5.287.500
Valor de honorarios período	$822.500
N° Pago / N° de informe:	UNO (1)
N° CDP	1365 del 16 de junio del 2025
N° CRP	4539 del 23 de junio del 2025
Plazo del Contrato	UN (01) MES Y OCHO (08) DIAS
Fecha del Acta de Inicio	23 de junio del 2025
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA GOMEZ – MEDICO APOYO AREA ASISTENCIAL
UPSS	EXTRAMURAL
Servicio	MEDICO CONSULTA EXTERNA
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	1012249
Nombre de la aseguradora	PREVISORA SEGUROS
Fecha de la póliza	09/08/2024
Acto Administrativo de Aprobación	N°0008 DEL 23 DE JUNIO DE 2025

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES	
ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO (*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*)
1	Diligenciar las Historias Clínicas de las atenciones referentes al programa de PyM conforme a las pautas y/o formatos concertados con la entidad.
2	Apoyar en el desarrollo de actividades como médico general de la E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND, donde se requiera la prestación del servicio Extramural
3	Brindar información oportuna y clara al usuario y su familia sobre el diagnóstico y tratamiento brindado al paciente, el cual debe estar acorde a la patología presentada.

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No DE PLANILLA	9488974565		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	SALUD TOTAL	17/07/2025	$ 95.400
Pensión	COLPENSIONES	17/07/2025	$ 122.100
Riesgos laborales	COLMENA	17/07/2025	$ 8.100

INFORMACION DEL CONTRATISTA
Que, a la fecha, he cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato. Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, sean descontados por la ESE

Vigilado Supersalud

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 julio del Año 2025 en Santa Marta DTCH.

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

Anexo 1. 	Anexo 2. 
Anexo 3. 	Anexo 4.

NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	LINA GOMEZ – MEDICO APOYO AREA ASISTENCIAL
FIRMA DEL SUPERVISOR	Firmado digitalmente, la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/
FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)	
NOMBRE CONTRATISTA	ANA MARCELA TORRES COVILLA
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1083042949
FIRMA CONTRATISTA	

Vigilado Supersalud

Asunto: ANA TORRES
Motivo: INFORME DE ACTIVIDADES
Fecha firma: 22/07/2025
Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com
Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ
ID transacción: f23ca7d6-da6f-42ea-9197-6e523c9379ce