FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

INFORMACIÓN GENERAL

N° Contrato y Fecha	PS-1548 DEL 01 DE MAYO DEL 2025
Nombre del Contratista	CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA
N° de identificación	1.193.465.670
Objeto del Contrato	"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERALEN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA ESE ALPROREV"
Valor total del Contrato	$ 10.575.000
Valor de honorarios período	$ 3.525.000
N° Pago / N° de informe:	3
N° CDP	1003
N° CRP	2601
Plazo del Contrato	TRES (3) MESES
Fecha del Acta de Inicio	01 DE MAYO DEL 2025
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ – MEDICO APOYO AL AREA ASISTENCIAL
UPSS	CS DE LA PAZ
Servicio	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	900001229513
Nombre de la aseguradora	SEGUROS SURA
Fecha de la póliza	09/09/2024
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.	Diligenciar las Historias Clínicas de las atenciones referentes al programa de PyM conforme a las pautas y/o formatos concertados con la entidad.

Vigilado Supersalud

2.	Apoyar en el registro y diligenciamiento de la historia clínica de manera oportuna, con calidad y veracidad la información suministrada por el paciente que oriente un diagnóstico y tratamiento acertado que permita un adecuado RIPS.
3.	Prestar sus servicios profesionales de manera oportuna utilizando los procesos y procedimientos de manera adecuada y con calidad, en todo caso deberá atender sus criterios médicos.

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	**9488573825**		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	Sanitas	2025/07/21	$280.900
Pensión	Colpensiones	2025/07/21	$359.600
Riesgos laborales	Positiva	2025/07/21	$54.800

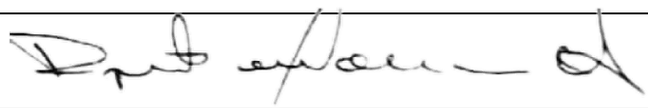
INFORMACION DEL CONTRATISTA

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 **JULIO** 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 MORON-COORDINADOR MEDICO**
FIRMA APOYO A LA SUPERVISION	
NOMBRE CONTRATISTA	**CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA**
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1.193.465.670
FIRMA CONTRATISTA	

Vigilado Supersalud

Asunto: CARMEN RAMOS
Motivo: INFORME DE ACTIVIDADES
Fecha firma: 22/07/2025
Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com
Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ
ID transacción: daf207ba-a768-47bd-9ae6-65c5514b4d92