

FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	N°PS-1542-2025 DEL 01.05.2025
Nombre del Contratista	AIDA ESTHER ORTIZ CASTILLA
N° de identificación	3622528
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL EN 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:	TRES(03)
N° CDP	1003 del 01 de MAYO del 2025
N° CRP	2607 del 01 de MAYO del 2025
Plazo del Contrato	TRES (03) meses
Fecha del Acta de Inicio	01 de MAYO del 2025
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ – Médico apoyo al área asistencial
UPSS	CENTRO DE SALUD BASTIDAS
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	62-03-101058381
Nombre de la aseguradora	SEGUROS DEL ESTADO
Fecha de la póliza	2024-11-05
Acto Administrativo de Aprobación	0058 DEL 2025.05.01
ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES	
ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO <i>(Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)</i>
1.	Desarrollé el objeto contractual conforme a lo estipulado en el contrato.
2.	Realicé atenciones de promoción y mantenimiento de la salud a los usuarios asignados acorde a la resolución 3280 de 2018.

3.	Diligencé las historias clínicas de las atenciones referentes al programa de promoción y mantenimiento de la salud.
4.	Apyé el desarrollo de actividades como médico general en las UPS de la ESE ALPROREV.
5.	Registré y diligencé la historia clínica oportunamente con calidad y veracidad la información suministrada por el paciente, orientada a un diagnóstico y tratamiento acertado que permita un adecuado RIPS.
6.	Registré y diligencé la historia clínica oportunamente con calidad y veracidad la información suministrada por el paciente, orientada a un diagnóstico y tratamiento acertado que permita un adecuado RIPS.
7.	Apliqué la prescripción de los medicamentos y ayudas diagnósticas que se encuentran establecidas en el plan obligatorio de salud adhiriéndome a las guías y protocolos del manejo de pacientes.
8.	Realicé acompañamiento e informe oportunamente las alertas de vigilancia epidemiológica.
9.	Realicé acompañamiento a la atención de pacientes y brindé una prestación de servicios con estándares de calidad de acuerdo a la programación y número de usuarios asignados.



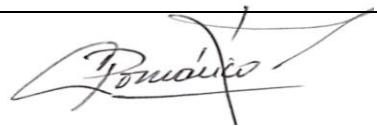

NIT 819.004.070-5

ALCALDÍA DE SANTA MARTA  
Distrito Turístico, Cultural e Histórico

Código: F-A-PAG-001

Versión: 003 | 11/feb/2025

Fecha de creación: 22/ABRIL/2024

10.	Presté servicios atendiendo estándares de humanización, respeto al paciente, con ética, reserva y confidencialidad de la información suministrada por el usuario.		
<b>INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>			
<b>No DE PLANILLA</b>	7975927762		
<b>Concepto del pago</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
Salud	SANITAS	2025/07/10	\$178.000
Pensión	COLPENSIONES	2025/07/10	\$ 227.800
Riesgos laborales	POSITIVA	2025/07/10	\$ 34.700
<b>INFORMACION DEL CONTRATISTA</b>			
<p>1. Que, a la fecha, he cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.</p> <p>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.</p> <p>Esta certificación se firma el mes de JULIO del Año 2025 en Santa Marta DTCH</p>			
<b>ANEXOS</b> (Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)			
<b>Anexo 1.</b>		<b>Anexo 2.</b>	
<b>NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR</b>		LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ – Médico apoyo al área asistencial	
<b>FIRMA DEL SUPERVISOR</b> Firmado Digitalmente. la autenticidad del presente documento podrá ser validada en la página web <a href="https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/">https://firmaautenticaciondigital.and.gov.co/</a>			
<b>FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)</b>			
<b>NOMBRE CONTRATISTA</b>		AIDA ESTHER ORTIZ CASTILLA	
<b>N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA</b>		3662528	
<b>FIRMA CONTRATISTA</b>			

**Asunto:** AIDA ORTIZ

**Motivo:** INFORME DE ACTIVIDADES

**Fecha firma:** 22/07/2025

**Correo electrónico:** linalejogomezvelez@gmail.com

**Nombre de usuario:** LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ

**ID transacción:** 69a5376d-c8cb-475a-91ac-02855385ac60

