

FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO			
INFORMACION GENERAL			
N° Contrato y Fecha		PS-2910-2025	
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		\$10.575.000	
Valor de honorarios período		\$3.525.000	
N° Pago / N° de informe:		UNO (1)	
N° CDP		2329	
N° CRP		6499	
Plazo del Contrato		TRES (3) MESES	
Fecha del Acta de Inicio		04 de SEPTIEMBRE 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°0093 DEL 04 DE SEPTIEMBRE DE 2025	
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	Apoyar en la Realizar las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud a los usuarios asignados conforme a los parámetros y/o rutas establecidas en la Resolución N°3280 de 2018,		
2	Diligenciar las historias clínicas de las atenciones referentes al programa de promoción y mantenimiento de la salud.		
3	Registrar y diligenciar 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		
INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No DE PLANILLA	9390834990		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	SALUD TOTAL	10/09/2025	\$ 178.000
Pensión	COLPENSIONES	10/09/2025	\$ 227.800
Riesgos laborales	COLMENA	10/09/2025	\$ 14.900
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			

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 septiembre del Año 2025 en Santa Marta DTCH.

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

Anexo 1.



Anexo 2.

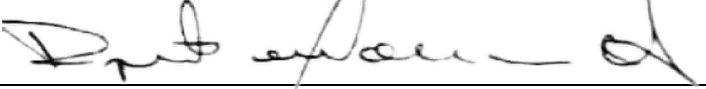
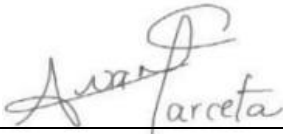


Anexo 3.



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	

Asunto: ANA TORRES

Motivo: INFORME DE ACTIVIDADES

Fecha firma: 24/09/2025

Correo electrónico: linalejogomezvelez@gmail.com

Nombre de usuario: LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ

ID transacción: 79c00290-3897-4cc8-b118-fb463f7688e3

