

FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

INFORMACIÓN GENERAL

N° Contrato y Fecha	PS-052 del 01 de enero del 2026
Nombre del Contratista	RICARDO JOSE MORAN ESMERAL
N° de identificación	1042346463
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE APOYO COMO OPERADOR DE LA CENTRAL DE CITAS (CALL CENTER) DE LA ESE ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND
Valor total del Contrato	\$ 7.200.000
Valor de honorarios período	\$ 2.400.000
N° Pago / N° de informe:	1/3
N° CDP	24 del 01 de enero del 2026
N° CRP	55 del 01 de enero del 2026
Plazo del Contrato	TRES (3) MESES
Fecha del Acta de Inicio	01 de enero del 2026
Nombre y cargo del supervisor del contrato	Lina Fernanda Armenta Rodríguez – Jefe oficina asesora de planeación
UPSS	Sede administrativa
Servicio	Call center

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° de modificación	N/A
Tipo de modificación (adición – prórroga)	N/A
Valor adicionado	N/A
CDP de la adición	N/A
CRP de la adición	N/A
Tiempo prorrogado	N/A

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	Realice la asignación de citas desde la Central telefónica
2	Atendí de manera cordial y oportuna a los Usuarios de las diferentes UPSS-S
3	Utilice adecuadamente los equipos y dispositivos suministrados para la realización de las actividades

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	9497170204		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	Salud total	2026/01/26	\$179,100
Pensión	Porvenir	2026/01/26	\$229,200
Riesgos laborales	Axa Colpatria	2026/01/26	\$35,000

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 enero del Año 2026 en Santa Marta DTCH.

ANEXOS

(Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)

Anexo 1.



Anexo 2.



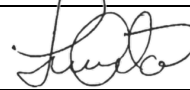
Anexo 3.

Anexo 4.

NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR

Lina Fernanda Armenta Rodríguez – Jefe oficina asesora de planeación

FIRMA DEL SUPERVISOR



FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)

Karol Acosta Davila

NOMBRE CONTRATISTA

RICARDO JOSE MORAN ESMERAL

N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

1042346463

FIRMA CONTRATISTA

