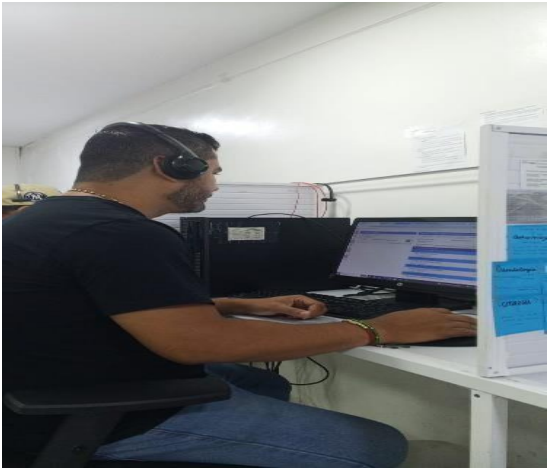
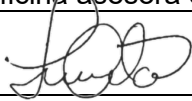


FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO			
INFORMACION GENERAL			
N° Contrato y Fecha	PS-052 del 01 de enero del 2026		
Nombre del Contratista	RICARDO JOSE MORAN ESMERAL		
N° de identificación	1042346463		
Objeto del Contrato	PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE APOYO COMO OPERADOR DE LA 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:	DOS (2)		
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	Atendi 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	9498650893		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	Salud total	2026/02/26	\$179,100
Pensión	Porvenir	2026/02/26	\$229,200
Riesgos laborales	Axa Colpatria	2026/02/26	\$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.			

ANEXOS

(Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)

<p>Anexo 1.</p> 		<p>Anexo 2.</p> 	
<p>Anexo 3.</p>		<p>Anexo 4.</p>	
<p>NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR</p>		<p>Lina Fernanda Armenta Rodríguez Jefe oficina asesora de planeación</p>	
<p>FIRMA DEL SUPERVISOR</p>			
<p>FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)</p>		<p>Karol Acosta Davila</p>	
<p>NOMBRE CONTRATISTA</p>		<p>RICARDO JOSE MORAN ESMERAL</p>	
<p>N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA</p>		<p>1042346463</p>	
<p>FIRMA CONTRATISTA</p>			