

FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	PS-1606 de 01 de Mayo de 2025
Nombre del Contratista	RICARDO JOSE MORAN ESMERAL
N° de identificación	C.C. 1.042.346.463
Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO COMO OPERADOR DE LA CENTRAL DE CITAS DE LA ESE ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND ADM-039
Valor total del Contrato	\$ 7.200.000
Valor de honorarios período	\$ 2.400.000
N° Pago / N° de informe:	UNO (1)
N° CDP	#1035 de 30 de abril de 2025
N° CRP	#2667 01 de mayo de 2025
Plazo del Contrato	TRES (3) MESES
Fecha del Acta de Inicio	01 DE MAYO DE 2025
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA FERNANDAARMENTA RODRÍGUEZ JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN
UPSS	SEDE ADMINISTRATIVA
Servicio	CALL CENTER (Agendamiento de citas)
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 <i>(Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)</i>
1.	Realizar la asignación de citas desde la Central telefónica de la ESE Alejandro Próspero Reverend, de acuerdo con la programación de agendas de los diferentes Profesionales, como médicos, odontólogos, enfermeras y especialistas.
2.	Atender de manera cordial y oportuna a los Usuarios de las diferentes UPSS-S que se comunican a la central de citas de la ESE.

3.	Atender los requerimientos de información por parte de las EPAB en lo relacionado a las quejas por falta de oportunidad.
4.	Acatar las indicaciones del Supervisor durante el desarrollo del contrato y de manera general, obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando las dilataciones u obstáculos que pudieran presentarse.
5.	Utilizar adecuadamente los equipos y dispositivos suministrados para la realización de las actividades

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	9485252272		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	COOSALUD	2025/05/21	\$178.700
Pensión	PORVENIR	2025/05/21	\$228.700
Riesgos laborales	COLPATRIA	2025/05/21	\$34.900

INFORMACION DEL CONTRATISTA

1.

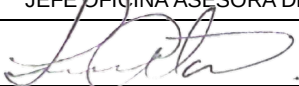
Que, a la fecha, he cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.
2.

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 Mayo 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 Fernanda Armenta Rodríguez JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION
FIRMA DEL SUPERVISOR	
FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)	Karol Acosta Davila
NOMBRE CONTRATISTA	RICARDO JOSE MORAN ESMERAL
Nº. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1.042.346.463 de Barranquilla
FIRMA CONTRATISTA	