ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS Código: SDS-CON-FT-014 V.4	Actualizado por: Essy Ximena Arévalo Revisado y Aprobado por: Pilar Alexon Contreras	

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: **SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**	**CONTRATO No.** **CO1.PCCNTR 2455174**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 24 -04-2021 Fecha de Terminación: 23-02-2022
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN: 10 MESES** **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: **DIANA PAOLA ROZO LOZANO**		Fecha de Inicio: Fecha de Terminación: **SUSPENSIÓN:**
SUPERVISOR (Nombre y cargo) Dra. DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO **SUBDIRECTORA CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **PERIODO DEL INFORME:** **1 AL 30 DE MAYO DEL 2021**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como técnico o técnico profesional en área de la salud en la subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, para gestionar la respuesta sanitaria ante los incidentes en salud de las urgencias, y emergencias relacionadas con COVID 19		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 30.483.000
VALOR ADICIÓN:	$ N/A
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 711.240
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 2.845.080
SALDO POR EJECUTAR:	$ 26.296 650

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	**AVANCE ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	**EVIDENCIAS O SOPORTE** (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
1.Realizar la gestión integral de los incidentes que ingresan al centro operativo a través de la línea 123 o a través de otros canales de comunicación, en el ejercicio de la rectoría del Sistema De Emergencia Médica, aplicando lo definido en el procedimiento de Regulación De La Urgencia Médica establecido para el perfil	Certificado del PREMIER ONE del 26 de abril al 18 de mayo	Archivo # 1
2.realizar las acciones de apoyo, que permitan la respuesta ante situaciones de Urgencias. Emergencias y Desastres, incluyendo la activación de la cadena de llamadas, alertas hospitalarias, interacción con salud pública, así como el apoyo en la elaboración de los respectivos informes y documentos técnicos, visitas a IPS según la solicitud de la Subdirección en el marco de la Emergencia o Desastre presentado	Certificado del PREMIER ONE del 26 de abril al 18 de mayo del 2021	Archivo # 1
3.Cumplir con las condiciones para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio atendido, a las circunstancias de modo, tiempo, y lugar	PLANILLAS del 26 de abril al 18 de mayo del 2021	Archivo #2

4.Participar en las diferentes orientaciones y reuniones, que sean convocadas por la Dirección De Urgencias y Emergencias en Salud y la Subdirección Centro Regulador De Urgencias y Emergencias en Salud	Capacitación clínica de atención 11 de mayo del 2021	Archivo # 3
5.Apoyar con la elaboración de informes, documentos técnicos, respuesta a solicitudes, peticiones, quejas y reclamos, que se reciben a través de la Dirección De Urgencias -Secretaria Distrital De Salud, relacionadas con temas de su competencia	AMED COVID del 26 de abril al 18 de mayo del 2021	Archivo # 4

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado:
N/A

DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	sura	Empresa:	Protección	Empresa:	ARL SURA
Suma cancelada:	113.600	Suma cancelada:	145.400	Suma cancelada:	22.200
No Planilla:	8349893158	No Planilla:	8949893158	No Planilla:	8349893158
Mes(es) cancelado(s):	Abril	Mes(es) cancelado(s):	Abril	Mes(es) cancelado(s):	Abril

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:		Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, CORDIS, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:		Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación):	N/A

CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS:** Diana Paola Rozo Lozano
	FIRMA: Diana Paola 2020
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1022922956

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades especificas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del 12.33 % de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** Dra. DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO
	FIRMA:

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** Dra. LADY JOHANA TORRES
	FIRMA: Lady Johana Torres

❖ *El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.*

Anexo: Comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión.

** Para el cálculo del % de ejecucion del contrato se deben tener en cuenta las adiciones.*

Señor(es): Diana Paola Rozo Lozano
Nit: CC 1022922956
Dirección: CL 92 bis sur#14i-48
Teléfono: 4663775 **Fax:** 4663775
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	Diana Paola Rozo Lozano
Tipo y número de identificación	1022922956
Número de radicación planilla	8349893158
Fecha de pago	4/13/2021
Número de autorización de pago	1507657
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Abril 2021
Periodo cotización pensión	Abril 2021
Periodo cotización caja	Abril 2021
Número de administradoras	3
Total Pagado	$281.200
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$22.200	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$145.400	1
EPS010	EPS Sura	$113.600	1

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	PRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUSPPO	ESTUDIANTE	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1022922956	ROZO LOZANO DIANA PAOLA	EPS010	230201																				908.526	908.526	0	908.526	0			145.400	0	0	113.600	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información