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.5	Elaborado por: Luis Eduardo Zamora Sánchez Revisado por: Ingrid Natalia Escobar Aprobado por: Francisco José Guerrero Loaiza

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: **SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**	**CONTRATO No.** 2455174 CO1.PCCNTR. de 2021	**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: N/A Fecha de Terminación: N/A **SUSPENSIÓN:**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO SUBDIRECTORA CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **PERIODO DEL INFORME:** **01 DE OCTUBRE AL 30 DE OCTUBRE**
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 relacionados con COVID-19.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 30.483.000
VALOR ADICIÓN:	$ N/A
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 15.647.940
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 3.048.300
SALDO POR EJECUTAR:	$ 11,786.760

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 ingresen al Centro Operativo a través de la Línea 123 o a través de otros canales de comunicación, en el ejercicio de rectoría del Sistema de Emergencias Médicas, aplicando lo definido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica establecido para el perfil.	Certificado del PREMIER ONE del 18de septiembre al 19 de octubre Para el desarrollo de esta actividad en el sistema de PREMIER ONE usuario MDPROZO con 434 incidentes	Se adjunta certificación de incidentes o registros en CD archivo en PDF certificación de registro PREMIER ONE del 18 de septiembre al 19 de octubre
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 solicitud de la Subdirección en el marco de la	Certificado del PREMIER ONE del 18 de septiembre al 19 de octubre //se realizaron 1 registros para AMED en el sistema SIDCRUE usuario drozo6 del paciente COVID-19 mediante el sistema SIDCRUE	Para el desarrollo de esta actividad únicamente se realizó recepción de llamadas y/o llamadas de seguimiento registros de solicitud AMED del paciente COVID 19 mediante el sistema SIDCRUE

Emergencia o Desastre presentado.		
3. Cumplir con las condiciones para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar.	Se cumplieron con las condiciones para la ejecución del contrato de conformidad para las necesidades del servicio atendido a las circunstancias de modo, tiempo de 6.00 a 18.00 en la sede de CRUE CHAPINERO ✓	Se adjunta certificado de asistencia en CD archivo en PDF carpeta de ASISTENCIA del 18 de septiembre al 19 de octubre 2021 ✓
4. Participar en las diferentes orientaciones y reuniones, que sean convocadas por la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud y la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud.	Se asiste a clínica de atención el día 30 de septiembre del 2021✓ Se asiste a curso de habilitación de curso de línea el día 14 de octubre 2021 jornada de 7.00 a 2.00✓	Se adjunta certificación de asistencia en CD De asistencia clínica de atención, y curso de línea habitación HABILITACION CURSO DE LINEA 7.00 a 2.00✓ CLINICA DE ATENCION 3.00 a 4.06 ✓
5. Apoyar con la elaboración de informes, documentos técnicos, respuestas a solicitudes, peticiones, quejas y reclamos que se reciben a través de la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud – Secretaria Distrital de Salud, relacionadas con temas de su competencia.	No fueron programadas acciones adicionales para este periodo	Para el desarrollo de esta actividad únicamente se realizó recepción de llamadas de seguimiento// registros de solicitud AMED- del paciente COVID 19, mediante el sistema SIDCRUE✓

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:

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.

INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	SURA	Empresa:	PROTECCION	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	152.500	Suma cancelada:	195.100	Suma cancelada:	29.800
No Planilla:	54053090	No Planilla:	54053090	No Planilla:	54053090
Mes(es) cancelado(s):	SEPTIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	SEPTIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	SEPTIEMBRE

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):	

CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS:** **DIANA PAOLA ROZO LOZANO**
	FIRMA: Diana Rozo.
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **C.C 1.022.922.956**

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 _62,33_ % de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO

En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

Nº	*Descripción del Riesgo*	*¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)*		*Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)*
		SI	*NO*	

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

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** **Dr. NEIL ANDREW BAIN FARACICA**
	FIRMA:

❖ *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 ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones.*

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **DIANA PAOLA ROZO LOZANO**, identificada con **CC** número **1022922956**, aportó por el empleado **DIANA PAOLA ROZO LOZANO** identificado(a) con **CC** número **1022922956** quien se encuentra registradoa a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2021-9 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS010	EPS Sura	57	C														0		30	$1,219,324	0.12500	$152,500	$0	$0	Septiembre - 2021	54053090	19/10/2021	No
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	57	C														0		30	$1,219,324	0.16000	$195,100	$0	$0	Septiembre - 2021	54053090	19/10/2021	No
14-11	ARL SURA	57	C														0		30	$1,219,324	0.02436	$29,800	$0	$0	Septiembre - 2021	54053090	19/10/2021	No
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	57	C														0		30	$1,219,324	0.00600	$7,400	$0	$0	Septiembre - 2021	54053090	19/10/2021	No

El presente certificado se expide a los **20** días del mes **October** de **2021**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

icontec ISO 9001 CO-SC3882-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1