FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	
INFORMACION GENERAL	
N° Contrato y Fecha	**N. 1904 01 DE JULIO DEL 2024**
Nombre del Contratista	**LEYDIS MAURA ROJAS ALARCON**
N° de identificación	1.082.901.300
Objeto del Contrato	"REALIZAR LA GESTION Y EL MONITOREO DEL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN LAS DIFERENTES UPSS APLICANDO LA CUALIFICACION ACADEMICA Y CUMPLIENDO LA PLATAFORMA ESTRATEGICA; EN LAS UNIDADES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE LA E.S.E"
Valor total del Contrato	$ 6.000.000
Valor de honorarios período	$ 1.333.333
N° Pago / N° de informe:	1
N° CDP	2276
N° CRP	4341
Plazo del Contrato	TRES (3) MESES
Fecha del Acta de Inicio	01 DE JULIO DEL 2024
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ- MEDICO APOYO AL AREA ASISTENCIAL
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

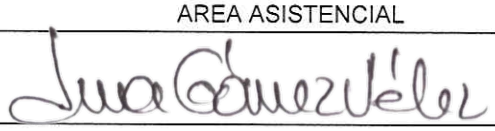
ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES

ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO (*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*)
1.	Organice y supervise el traslado de pacientes entre los puntos de atención.
2.	Organice y entregue a la tripulación de la ambulancia insumos y elementos de protección EPP.
3.	Monitorie e hice seguimiento en el sistema GPS a la ambulancia cuando está trasladando algún paciente.
4.	Realice el proceso de gestión, validación, autorización y ubicación de paciente en el centro de atención de referencia de la EPS a la que pertenece.
5.	Reporte las novedades e inconsistencias generadas en el proceso en el desarrollo de sus actividades.
6.	Diligencié oportunamente las planillas de traslados diario.
7.	Mantuve comunicación constante con UPSS, EPS y el centro regulador de urgencias del distrito.

INFORMACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No DE PLANILLA	AFILIACIÓN		
Concepto del pago	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
Salud	CAJA COPI	AFILIACIÓN	AFILIACIÓN
Pensión	PORVENIR	AFILIACIÓN	AFILIACIÓN
Riesgos laborales	AXA COLPATRIA	AFILIACIÓN	AFILIACIÓN

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 Secretaría de Hacienda Departamental. 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 en el mes de JULIO del Año 2024 en Santa Marta DTCH

ANEXOS (Por cada actividad ejecutada se debe anexar una evidencia)	
Anexo 1.	**Anexo 2.**
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	LINA MARGARITA GOMEZ VELEZ- MEDICO APOYO AL AREA ASISTENCIAL
FIRMA DEL SUPERVISOR	
FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO (SI APLICA)	
NOMBRE CONTRATISTA	**LEYDIS MAURA ROJAS ALARCON**
N°. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	1.082.901.300
FIRMA CONTRATISTA	