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	Elaborado por: Essy Ximena Arévalo Revisado y Aprobado por: Pilar Alexon contreras	

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN **DIRECCIÓN U OFICINA:** SUBDIRECCION CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	**CONTRATO No.** **CO1.PCCNTR. 2110074**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 15-01-2021 Fecha de Terminación: 14-04-2021
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES** **PRÓRROGA:** N/A
CONTRATISTA: DEISY JOHANNA BOHÓRQUEZ NINO		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **SUSPENSIÓN:** N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **DR. JOSE OCTAVIO LOPEZ GALLEGO** **Subdirector de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres**		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **PERIODO DEL INFORME:** **01 al 30 de Marzo de 2021**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo y gestionar los incidentes relacionados con COVID-19 en ejercicio de la regulación de la urgencia médica, de acuerdo con las necesidades de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 9.000.000
VALOR ADICIÓN:	$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 4.600.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 3.000.000
SALDO POR EJECUTAR:	$ 1.400.000

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. Asistir y apoyar la gestión de los incidentes relacionados con COVID-19 que ingresen al Centro Operativo a través de la Línea 123 y las demás líneas destinadas para este fin, en ejercicio de la rectoría del Sistema de Emergencias Médicas, aplicando lo definido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica establecido para el perfil.	Durante el periodo del presente informe se realizaron actividades de seguimiento y gestión de traslado a pacientes con requerimiento de UCI Covid y no Covid en la plataforma Sidcrue, con el apoyo de las instituciones y EPS.	Se anexa certificado expedido por la plataforma Sidcrue en CD
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, Salud Pública, así como el apoyo en la elaboración de los respectivos informes y documentos técnicos relacionados con la situación de Urgencias, Emergencia y Desastre.	Durante el periodo del presente informe se realizaron actividades de atención al usuario con con orientación y /o requerimiento a pacientes con requerimiento de traslado en TAM o TAB de acuerdo a a la disponibilidad de recursos de ambulancia asignados por el CRUE en la plataforma premier one.	Se anexa informe en CD de referencia en Sidcrue

3. Atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato en conformidad con las necesidades del servicio.	Se realiza la asistencia de forma presencial en sede ETB chapinero en horario asignado	Se anexa información en CD las Planillas de asistencia
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.	Capacitación virtual sobre Fortalecimiento en Lineamiento en Regulación Medica, ORVI, Atención al cliente: Manejo del estrés en Riesgo Publico, Aspectos Destacados de la RCP y ACE	Se anexa pantallazo de Asistencia en CD
5. Las demás que le sean asignadas y que sean necesarias para atender la emergencia que se presenta en Bogotá D.C. por el COVID-19.	Durante el periodo del presente informe se realizó apoyo en la gestión de la plataforma Sidcrue y Premier One	Se anexa informe en CD.

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:	COMPENSAR	Empresa:	PORVENIR	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	**150.000**	Suma cancelada:	**192.000**	Suma cancelada:	**29.300**
No Planilla:	9416108447	No Planilla:	9416108447	No Planilla:	9416108447
Mes(es) cancelado(s):	**Febrero**	Mes(es) cancelado(s):	**Febrero**	Mes(es) cancelado(s):	**Febrero**

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	N/A	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:	N/A	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:** DEISY JOHANNA BOHÓRQUEZ NINO
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC 1030529367

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 específicas, 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 84.44 % de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**
SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** DR. JOSE OCTAVIO LOPEZ GALLEGO
	FIRMA:
REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** DRA. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO
	FIRMA:

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

Anexo comprobante de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en salud y pensión.

*Para el cálculo del porcentaje % de ejecución del contrato se debe tener en cuenta las adiciones.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030519367		BOHORQUEZ NIÑO DEISY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 99 a # 56 h - 22 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	886620272	9416108447	I	2021/03/15	2021/02/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$371,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$29,300	$0	$0	$29,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				1	$371,300	$0	$0	$371,300



2021/02/08 01:12 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030529367		BOHORQUEZ NIÑO DEISY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 99 a # 56 h - 22 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	886620272	9416108447	I	2021/03/15	2021/02/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$371,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
1	CC 1030529367	BOHORQUEZ DEISY	230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS008	30	$1,200,000	$150,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,200,000	$29,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0

2021/02/08 01:12 PM