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. No. 2458442**	**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: N/A**
CONTRATISTA: **JOVANNA VARGAS GARZÓN**		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **SUSPENSIÓN: N/A**
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:** 24 al 30 de abril de 2021
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS PARA APOYAR 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:	$ 30.483.000
VALOR ADICIÓN:	$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 0
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 711.270
SALDO POR EJECUTAR:	$ 29.771.730

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.	-Se ha realizado incidentes que han ingresado por página WEB y por la línea 123, cumpliendo con los respectivos procedimientos definidos por el centro regulador de urgencias y emergencias y por los médicos reguladores según corresponda. - Se revisa correo COVID-19 dando contestación a los mismos, presentando a los pacientes en las instituciones donde tengan convenios según necesidad y verificando disponibilidad de camas en las instituciones. - Se crea incidentes según necesidad y solicitud dependiendo ubicación de la institución (Fuera de Bogotá) de acuerdo con indicaciones recibidas.	Se han realizado registros en el módulo SIDCRUE para la gestión de los incidentes relacionados con COVID-19, que ingresaron al Centro Operativo por la línea 123 y por las páginas WEB con el ID jvargas6 se adjunta Certificación "Referencia UCI y Registro de Asesorías de Pacientes Covid-19" del Sistema de Información SIDCRUE. Certificación Decreto 538 del Sistema de Información SIDCRUE.

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 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 Emergencia o Desastre presentado.	Durante los turnos recibimos lineamientos para apoyar los diferentes procesos que se implementan en el CRUE para dar una pronta y efectiva respuesta a la ciudadanía, se apoya el ejercicio de rellamadas de seguimiento por casos que ingresan a la línea de urgencias y emergencias y además la recepción de llamadas que ingresan desde el C4 de acuerdo a las indicaciones del Jefe y médico de turno (Según necesidad)	Se realizó esta obligación de acuerdo con la necesidad del servicio. Se cuenta con ID MJVARGASGARZ para evidenciar los registros en el PREMIER ONE Certificación RESUMEN DE INCIDENTES - SISTEMA DE DESPACHO - Información SIDCRUE. (Sin registro-no hubo necesidad)
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.	Hasta la fecha se ha cumplido con la ejecución del contrato de acuerdo con lo que indica el medico regulador, jefe de turno o jefe inmediato y los lineamientos que se deben tener en cuenta ya sea coordinado a ejecutar en las instalaciones o sedes del CRUE según cronograma.	Registro firma de asistencia a turno (Planillas de asistencias).
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 maneja constante comunicación con el Jefe WALTER PERDOMO y la Jefe de turno (Jefe Inmediato) quienes nos mantienen informados de los diferentes ajustes, cambios, modificaciones, correcciones y demás situaciones que se pueden presentar, toda la información por correo electrónico o por el grupo de WhatsApp y presencial.	Correo electrónico en este caso jovanna.int@gmail.com y registro vía WhatsApp. Se adjunta pantallazo de la información recibida durante el periodo. Se adjunta certificación los cursos realizados y listado de participación
5. Apoyar en la elaboración de informes, documentos técnicos, respuesta 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.	Se cuenta con toda la disposición para atender, dar respuesta a los requerimientos y/o solicitudes y participar en todos los espacios asignados para atender los temas de su competencia.	-Registro firma de Asistencia para cada turno, reposa en la SDS. -Certificación "Referencia UCI y Registro de Asesorías de Pacientes Covid-19" del Sistema de Información 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: 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.

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	

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		**APORTES EN PENSIÓN**		**APORTES RIESGOS LABORALES**	
Empresa:	COMPENSAR EPS	**Empresa:**	COLFONDOS	**Empresa:**	ARL SURA
Suma cancelada:	MARZ. $ 150.000	**Suma cancelada:**	MARZ. $ 192.000	**Suma cancelada:**	MARZ. $ 29.300
No Planilla:	MARZ. 49173945	**No Planilla:**	MARZ. 49173945	**No Planilla:**	MARZ. 49173945
Mes(es) cancelado(s):	MARZO 2021	**Mes(es) cancelado(s):**	MARZO 2021	**Mes(es) cancelado(s):**	MARZO 2021

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:** JOVANNA VARGAS GARZÒN
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 23647037

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 2,33% de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** DR. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO
	FIRMA:

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** DRA. LADY JOHANNA TORRES
	FIRMA: Lady Johanna 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 ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones.*

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	23647037	JOVANNA VARGAS GARZON	Cra 30 No 41 - 87 Sur	14917514	jovanna.int@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-03	2021-03	I	15/03/2021	49173945	TOTAL A PAGAR	
					$371.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	150.000	0		0		0	0	0	0	150.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	192.000	0	0	0	0	0	0		192.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	29.300				29.300	0	0	29.300			293	29.300	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	150.000	150.000
Pensión	1	192.000	192.000
Riesgos Laborales	1	29.300	29.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	371.300	371.300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	23647037	JOVANNA VARGAS GARZON		Cra 30 No 41 - 87 Sur	14917514	jovanna.int@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-03	2021-03	I	15/03/2021	49173945	TOTAL A PAGAR	
					$371.300	

ALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Empleado	Dependiente	Estudiante	Cotiz. exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
23647037	VARGAS GARZON JOVANNA	57	0			N							X										231001	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS008	1.200.000	150.000	14-11	1.200.000	3	29.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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