DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: VIGILANCIA EN SALD PUBLICA	CONTRATO No. 2069625	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 12/01/2021
		Fecha de Terminación: 11/08/2021
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL		PLAZO DE EJECUCIÓN: SIETE (7) MESES
		PRÓRROGA:
CONTRATISTA: LINA MARCELA QUEVEDO GUTIÉRREZ		Fecha de Inicio:
		Fecha de Terminación:
		SUSPENSIÓN:
SUPERVISOR (Nombre y cargo): INES MARIA GALINDO HENRIQUEZ subdirectora de Vigilancia		Fecha de Inicio:
		Fecha de Terminación:
		PERIODO DEL INFORME: 01/05/2021 a 30/05/2021.

OBJETO DEL CONTRATO:
Prestar servicios de profesional de apoyo en el seguimiento técnico y operativos de covid-19 en el Distrito Capital relacionada con las infecciones asociadas a la atención en salud-Resolución 626 - 2020.

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 35.000.000
VALOR ADICIÓN:	$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 18.166.666
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 5.000.000
SALDO POR EJECUTAR:	$ 11.833.333

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. Apoyar el seguimiento técnico y operativo del evento COVID-19	1. Seguimiento y acompañamiento en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en ILANS 2. Seguimiento y acompañamiento en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en USS Suba 3. Seguimiento y acompañamiento en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en Emermédica Toberín 4. Seguimiento y acompañamiento en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en Centro Médico Integral Chico Medplus CRI BlueCare. 5. Seguimiento y acompañamiento en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en Clínica Nogales 6. Seguimiento y acompañamiento en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en Clínica Santo Tomas 7. Seguimiento y acompañamiento en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en Clínica Reina Sofia.	• Se adjunta Acta de Seguimiento y acompañamiento en la caracterización de Sospecha de brote de IAAS por COVID-19 de cada visita en el CD se encuentra en la Obligación 1.

	8. Seguimiento y acompañamiento en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en CAPS Chapinero 9. Seguimiento y acompañamiento en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en Clínica San Nicolas 10. Seguimiento y acompañamiento en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en Clínica San Rafael 11. Seguimiento y acompañamiento en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en Clínica Atardecer de los años 12. Seguimiento y acompañamiento en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en CAPS Fray Bartolomé 13. Seguimiento y acompañamiento en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en USS Simón Bolívar Seguimiento y acompañamiento en la sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en USS Kennedy.	
2. Realizar el seguimiento a los indicadores de las subredes en el marco del programa PRASS	1. Caracterización de sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en ILANS 2. Caracterización de sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en USS Suba 3. Caracterización de sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en Centro Médico Integral Chico Medplus CRI BlueCare 4. Caracterización de sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en Emermédica Toberín 5. Caracterización de sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en Clínica Nogales 6. Caracterización de sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en Clínica Santo Tomas 7. Caracterización de sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en Clínica Reina Sofia. 8. Caracterización de sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en CAPS Chapinero 9. Caracterización de sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en Clínica San Nicolas 10. Caracterización de sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en Clínica San Rafael 11. Caracterización de sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en Clínica Atardecer de los años 12. Caracterización de sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en CAPS Fray Bartolomé 13. Caracterización de sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en USS Simón Bolívar Caracterización de sospecha de brote de IAAS por COVID-19 en USS Kennedy	• Caracterización en base Excel para brote de IAAS por COVID 19 se encuentra en la Obligación 2
3. Apoyar la articulación de las acciones implementadas de vigilancia comunitaria a través de entornos de vida, con la	1. Apoyo al Seguimiento a Brote de Ralstonia pickettii en Fundación Hospital San Carlos 2. Apoyo al seguimiento a brote por Ralstonia pickettii en Clínica del Occidente	Se adjunta Acta de Seguimiento a brotes se encuentra en la Obligación 3.

socialización de los avances y resultados de las acciones.	3. Apoyo al seguimiento a brote por Ralstonia pickettii en Clínica Santa María del Lago Apoyo al seguimiento a brote por Ralstonia pickettii en Clínica de Reina Sofia	
4 Elaborar informes relacionados con los avances y seguimiento a los indicadores en el marco de la vigilancia en salud pública de Covid-19	1. Informe trimestral de actividades realizadas de COVID-19	Se adjunta informe se encuentra en la Obligación 4.
5. Apoyo en las respuestas oportunas a los requerimientos presentados por entes de control y demás partes, así como a los informes y solicitudes relacionados con el evento Covid.19.	1. Disponibilidad por parte de Transmisibles del 07 al 13 de mayo.	Se adjunta correo con información de disponibilidad se encuentra en la Obligación 5
6. Apoyar en el monitoreo del plan de contingencia Covid-19.	1. Consolidación de IAAS por Covid 19 por semana en el mes de Mayo	Se adjunta base de Excel de consolidación de IAAS por Covid19 se encuentra en la Obligación 6
7. Hacer seguimientos a las subredes integradas de servicios de salud para la verificación de la implementación de los lineamientos en lo relacionado con investigación epidemiológica, detección y rastreo de casos por Covid-19.	1. Realizar consolidado de trabajadores de salud COVID19 no IAAS del mes de Mayo	Base en Excel con consolidado de trabajadores de COVID19 No IAAS. se encuentra en la Obligación 6

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.

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	Sanitas	Empresa:	Colpensiones	Empresa:	Sura
Suma cancelada:	$ 250.000	Suma cancelada:	$ 320.000	Suma cancelada:	$ 48.800
No Planilla:	50685970	No Planilla:	50685970	No Planilla:	50685970
Mes(es) cancelado(s):	Mayo	Mes(es) cancelado(s):	Mayo	Mes(es) cancelado(s):	Mayo

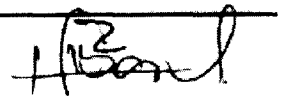
EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

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: Lina Marcela Quevedo Gutiérrez**
	FIRMA: Lina Quevedo
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1121841928

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 66,03% de ejecución del contrato. Certifico que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo la devolución del carné que lo identifica como contratista de la entidad.	**OTRAS OBSERVACIONES:**

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **INES MARIA GALINDO HENRIQUEZ Subdirectora de Vigilancia**
	FIRMA: 

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** **LIBARDO RENTERIA**
	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 Planilla

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG ___ DE ___

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION	SUCURSAL DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD ANO	PENSIONES RIESGOS LAB. CCF SENA ICBF MES	PENSIONES RIESGOS LAB. CCF SENA ICBF ANO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
31	8[illegible]	UNA MARCA A COLEGIO GUTIERREZ	U C S D ✓			2021	5	2021	5068300		PRIVADA ✓	INDEPENDIENTE ✓	14	33

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Carrera 17 B # 125-91 Torre 1 Apto 401	BOGOTA D.C.	001	BOGOTA D.C.	11	3125753362		[illegible]	8699	0	1	2021-04-20	996218[illegible]7

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC MATERNIDAD No AUT	LIC MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	250.000	0		0		0	250.000	0	0	0	250.000	0		0	0	250.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No AFIL
25-14	900336004-7	320.000	0	0	0	0	0	0	320.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	890903790-5	48.800		0	0	48.800
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	48.800		0	488	48.800

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE LMA IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	320.000	320.000
SALUD	250.000	250.000
RIESGOS LABORALES	48.800	48.800
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL		

compensar | miplanilla

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	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	TARIFA APORTES PENSION	TRABAJADOR EXTRANJERO	COTIZANTE EN ALTURA	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1121841928	QUEVEDO GUTIERREZ LINA MARCELA	EPS005	25-14																				2.000.000	2.000.000	0	2.000.000	0			320.000	0	0	250.000	0