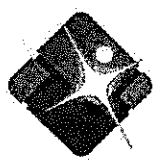


 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS Código: SDS-CON-FT-014 V.5	Elaborado por: Luis Eduardo Zamora Sánchez Revisado por: Ingrid Natalia Escobar Aprobado por: Francisco José Guerrero Loaiza	
--	--	--	---

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	CONTRATO No. CO1.PCCNTR 2345686	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 17 – MARZO – 2021 ✓
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		Fecha de Terminación: 16 – ENERO – 2022 ✓
		PLAZO DE EJECUCIÓN: 10 MESES ✓
CONTRATISTA: VIVIAN ALISON ALBA MURILLO		PRÓRROGA: N/A
		Fecha de Inicio: N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): DRA DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO SUBDIRECTORA DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS		Fecha de Terminación: N/A
		SUSPENSIÓN: N/A
		Fecha de Inicio: N/A
		Fecha de Terminación: N/A
PERIODO DEL INFORME:		
01 AL 30 DE JUNIO DE 2021 ✓		
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:	\$ 7.214.310 ✓
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 2.845.080 ✓
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 20.423.610 ✓

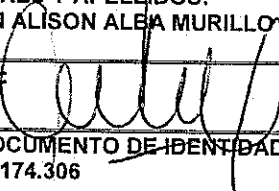
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	AVANCE ACTIVIDADES (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	EVIDENCIAS O SOPORTE (Con respecto a la actividad 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 la rectoría del Sistema de Emergencias Médicas, aplicando lo definido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica establecido para el perfil.	Se realizan llamadas de seguimiento a casos represados en la línea 123 relacionados con COVID-19. Se reciben llamadas desde el aplicativo PREMIER ONE y se hace su respectivo registro y envío de móvil según sea necesario.	Las evidencias se encuentran soportadas en CD y en la plataforma de 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 con Salud Pública, así como el apoyo en la elaboración de los respectivos informes y documentos técnicos, visita a IPS, según solicitud de la Subdirección en el marco de la Emergencia o Desastres presentado.	Se informan a médicos reguladores casos que ingresan desde el aplicativo de PREMIER ONE, se hace clonación a entidades que se requieran y envío de móviles si es necesario	Las evidencias se encuentran soportadas en CD y en la plataforma de SID

 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	
--	--	--	---

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, 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)			
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.	Asistir las fechas y a las horas asignadas a la sede de ETB chapinero para cumplir obligaciones contractuales.	Las evidencias se encuentran soportadas en listados de asistencias cargados en el CD.			
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.	Participar en charlas y videoconferencias dictadas desde secretaría salud u otras entidades colaboradoras.	Las evidencias se encuentran soportadas en listados de asistencias cargados en el CD			
5. Apoyar con 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 – Secretaría Distrital de Salud, relacionadas con temas de su competencia.	Cumplir con obligaciones contractuales en la sede asignada, informar cuando sea necesario a médicos reguladores, o jefes de turno.	Las evidencias se encuentran soportadas en CD y en la plataforma de 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.					
INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	1. COMPENSAR 2. COMPENSAR	Empresa:	1. PORVENIR 2. PORVENIR	Empresa:	1. ARL SURA 2. ARL SURA
Suma cancelada:	1. \$ 150.000 2. \$ 2.500	Suma cancelada:	1. \$ 192.000 2. \$ 3.100	Suma cancelada:	1. \$ 29.300 2. \$ 500
No Planilla:	1) 51445711 2) 51449583	No Planilla:	1) 51445711 2) 51449583	No Planilla:	1) 51445711 2) 55449583
Mes(es) cancelado(s):	1. MAYO 2. MAYO	Mes(es) cancelado(s):	1. MAYO 2. MAYO	Mes(es) cancelado(s):	1. MAYO 2. MAYO
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

 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 Loaliza	
--	--	---	---

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, 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)
CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: VIVIAN ALISON ALBA MURILLO	
	FIRMA: 	
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC 52.174.306	

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

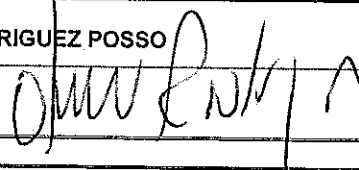
Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del 34.66% 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: DRA LADY JOHANNA TORRES
	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.

3

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	1	23/05/2021	51443711	5371.300	

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	86006942-7	150.000	0	0	0	0	0	1

TOTALES PENSION												
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
230301	Pavane	800224808-8	192.000	0	Val: 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	MIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IGP 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
IGBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	371,300	371,300

[illegible]

787-219-0000

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
51445711	23/06/2021			
PERIODO SALUD	PERIODO PREVISIONES			
2021-05	2021-05	N	23/06/2021	51445943
				TOTAL A PAGAR
				\$6.100

TOTALES SALUD											
Código EPS	Nombre	NT	Colización Obligatoria	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Colización	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor				
EPS008	Compensar EPS	86006942-7	2.500	0	0		0	0	0	2.500	1

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	MT	Colectación Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Colectación	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No Afiliados
230301	Pareja	800324808-8	2.100	0	0	0	0	0	0		3.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligación	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Colización	Días Mora Colización	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	89093790-5	500				500	0	0	500			5	500	1

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

TOTALES PARAFISCALES					No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar		
0	0	0	0	0	0
BENA					
ICBF					
0	0	0	0	0	0
EAP					
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	2,500	2,500
Pension	1	3,100	3,100
Riesgos Laborales	1	500	500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MIEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	6,100	6,100

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	52174306	VIVIAN ALISON ALBA MURILLO	c/ 14a 9 -03 torre 6 304
FORMA PRESENTACIÓN		NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO
UNICA		1 - Independiente	CUNDINAMARCA
		CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO
			MOSQUERA
		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	NO
		CORREO	vivianalisonalba@gmail.com
		TÉLEFONO	8297384

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)
51445711	23/06/2021	N	23/06/2021
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		
2021-05	2021-05		
		NÚMERO PLANILLA	51449583
		CANTIDAD EMPLEADOS	1
		TOTAL A PAGAR	\$6.100

DETALLE POR COTIZANTE																															
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Comercio	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA				
1	CC	52174306	ALBA MURILLO VIVIAN ALISON	230301	1.219.320	196.100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				