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: **SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**	**CONTRATO No.** **CO1.PCCNTR.2347946**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 17-03-2021 Fecha de Terminación: 16-01-2022
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** **10 MESES** **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: **INGRID YURIETH SANCHEZ MURILLO**		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **SUSPENSIÓN:**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO** **SUBDIRECTORA DE CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **PERIODO DEL INFORME:** **1 AL 30 DE JULIO DEL 2021**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como técnico o técnico profesional en áreas 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:	$,10,364,220
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 3,048,300
SALDO POR EJECUTAR:	$17,070,480

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.	De acuerdo con la obligación sobre incidentes relacionados con la línea de operación del 123 se atienden el llamado y se realizan registros en la plataforma de premier one y sid crue con usuarios correspondiente MIYSANCHEZMU Y IYSANCHEZ los registros en plataforma en sidcrue desde el 21 de junio del 2021 al 18 de julio del 2021 En las instalaciones de ETB de CHAPINERO CRUE se reciben llamadas de C4 y se realiza llamada de seguimiento y actualización de datos de la página de Sidcrue ademas de hacer seguimientos de la linea según ordenes médicas y de jefes de turno	Adjunto en CD-R el certificado de registro de incidentes con ID de premier one de avaya y sidcrue con ID MIYSANCHEZMU / IYSANCHEZ
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, visitas a IPS, según solicitud de la Subdirección en el marco de la Emergencia o Desastres presentado.	En la sala PREMIER ONE ETB CHAPINERO se realiza recepción de llamadas atendiendo la primer urgencias de emergencia y desastre del emisor dando cumplimiento a la primer necesidad a su solicitud informando al médico regulador de turno donde a criterio medico daba urgencia a su necesidad información general o trasladando a su eps por urgencias por sus propios medios además de prestar el recurso necesario de ambulancia y carro de toma de muestras. Se realiza llamada de seguimientos y casos dando seguimiento o cerrando el caso según información brindada por el usuario	Adjunto en CD-R el certificado de registro de incidentes con ID de premier one de avaya y sidcrue con ID MIYSANCHEZMU / IYSANCHEZ
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.	De acuerdo con mi obligación a necesidad de la sala PREMIER ONE SID CRUE ETB CHAPINERO fui asignada al horario de la noche de junio y julio dando cumplimiento en el horario de 19 horas a las 7 horas turnos de 12 horas recibiendo y entregando turno desde la fecha 21 de junio del 2021 al 18 de julio del 2021	Adjunto en CD-R las planillas de asistencia del correspondiente en evidencias enviada por este mes de junio y julio del 2021 por los jefes encargados de turno

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.	La Dirección Urgencias y Emergencias en Salud y la Subdirección centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud este periodo no dan capacitación dirigida por la secretaria de salud el área correspondiente	No se evidencia en listado adjuntado en CD -R
5. Apoyar con la elaboración de informes, documentos técnicos, respuesta a las 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.	Estas obligaciones están bajo el mando de los médicos reguladores de cada turno al igual de los jefes encargados de las salas de centro desarrollo de ETB CHAPINERO.	Adjunto en CD-R el certificado de registro de incidentes con ID de premier one de avaya y sidcrue gestionados durante el turno

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:	PROTECCION	Empresa:	ARL SURA
Suma cancelada:	$ 152,500	Suma cancelada:	$ 195,200	Suma cancelada:	$ 29,800
No Planilla:	20685358	No Planilla:	20685358	No Planilla:	20685358
Mes(es) cancelado(s):	JUNIO 2021	Mes(es) cancelado(s):	JUNIO 2021	Mes(es) cancelado(s):	JUNIO 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:** **INGRID YURIETH SANCHEZ MURILLO**
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **CC 1019052864**

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 ___44,67____% 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 RODRÍGUEZ 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.

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

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1019052864 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2021-06	230201	800229739	PROTECCION	1	0	195.200	0	195.200
Período salud:	2021-06	EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	0	152.500	0	152.500
Planilla Nro.:	20685358 Tipo I	14-11	890903790	ARL SURA	1	0	29.800	0	29.800
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2021-07-15	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1061473589	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 377.500

OK

PAGADO