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

| | | |
|---|---|---|
| **DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:**<br>**SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS** | **CONTRATO No.**<br>**CO1.PCCNTR. 2458998 DE 2021** | **PERIODO DEL CONTRATO:**<br>Fecha de Inicio: 24-04-2021<br>Fecha de Terminación: 23-02-2022 |
| **ENTIDAD CONTRATANTE:**<br>**FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN:**<br>10 Meses<br>**PRÓRROGA:** |
| **CONTRATISTA:**<br>**JINARY CHARRY LONDOÑO** | | Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A<br>**SUSPENSIÓN:** |
| **SUPERVISOR (Nombre y cargo):**<br>**Dr. DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO**<br>**Subdirectora del Centro regulador de urgencias y emergencias** | | Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A<br>**PERIODO DEL INFORME:**<br>**1 de Agosto hasta 30 de Agosto de 2021** |
| **OBJETO DEL CONTRATO:**<br>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:** | $ 9.754.560 |
| **VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:** | $ 3.048.300 |
| **SALDO POR EJECUTAR:** | $ 17.680.140 |

| **ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL** | | |
|---|---|---|
| **OBLIGACIONES**<br>(Las estipuladas en la minuta del contrato) | **AVANCE ACTIVIDADES**<br>(Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación) | **EVIDENCIAS O SOPORTE**<br>(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.** | 1. Las actividades se realizaron en la SEDE CRUE con VB de médicos reguladores y jefes asignados a la sede reportando evoluciones, diagnósticos de los pacientes para realizar la proposición en Hospitales adecuados, así mismo se reportaron novedades. | 1. Adjunto en CD-R Certificados de registros en los módulos correspondientes |
| **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.** | 1. Se realizó en el presente mes actividades de registro de notas en el Modulo Referencia UCI y Registro de Asesorías de Pacientes Covid-19 de SIDCRUE. | 1. Adjunto en el CD-R Certificado de registro bajo el ID Jcharry6, en el Modulo Referencia UCI y Registro de Asesorías de Pacientes Covid-19 de los días mencionados |
| **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.** | 1. Cumplimiento en la asistencia y actividades en el presente mes en el horario correspondiente a la | 1. Adjunto en CD-R copia de las listas de asistencia y certificados de registro en los módulos |

| | | |
|---|---|---|
| | noche (7:00pm a 7:00am) en la sede Chapinero | |
| **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.** | 1. Se asistió a la Reunión para el personal de Referencia CRUE (22 – Julio 2:30PM)<br><br>2. Se asistió a la clínica de atención: Socializacion instructivo regulación de urgencias medicas version1.5 (27 – Julio 7:30AM) | 1. Se adjunta listado de asistencia a la reunión donde se registra mi asistencia al mismo.<br><br>2. Se adjunta listado de asistencia a la reunión donde se registra mi asistencia al mismo. |
| **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.** | 1. Estas se llevaron a cabo bajo indicaciones de supervisores de turno como Médicos Reguladores y Enfermeros jefes | 1. Adjunto CD-R con certificado de registros bajo el ID Jcharry6 |

**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.

**INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL**

| APORTES EN SALUD | | APORTES EN PENSIÓN | | APORTES RIESGOS LABORALES | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Empresa:** | **COMPENSAR** | **Empresa:** | **PORVENIR** | **Empresa:** | **ARL SURA** |
| Suma cancelada: | 152,500 | Suma cancelada: | 195,200 | Suma cancelada: | 29,800 |
| No Planilla: | 9422392558 | No Planilla: | 9422392558 | No Planilla: | 9422392558 |
| Mes(es) cancelado(s): | JULIO | Mes(es) cancelado(s): | JULIO | Mes(es) cancelado(s): | JULIO |

**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: JINARY CHARRY LONDOÑO** |
| | **FIRMA:** JinaryCharryL. |
| | **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1018474817** |

**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 especificas, 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 42,33% 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:

| *N°* | *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:** 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.*

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1018474817 | | CHARRY LONDOÑO JINARY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 78 D Bis B 63a 14 Sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4687703 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-07 | 2021-07 | 1086195099 | 9422392558 | I | 2021/08/05 | 2021/08/06 | BANCO CAJA SOCIAL | 1 | $401,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | trl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,220,000 | $195,200 | | | $1,220,000 | $152,500 | | | $1,220,000 | $24,400 | | | $1,220,000 | $29,800 | | $0 | $0 | | $401,900 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,220,000 | $195,200 | | | $1,220,000 | $152,500 | | | $1,220,000 | $24,400 | | | $1,220,000 | $29,800 | | $0 | $0 | | $401,900 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,220,000 | $195,200 | | | $1,220,000 | $152,500 | | | $1,220,000 | $24,400 | | | $1,220,000 | $29,800 | | $0 | $0 | | $401,900 |
| 1 | CC | 1018474817 | CHARRY JINARY | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,220,000 | $195,200 | EPS008 | 30 | $1,220,000 | $152,500 | CCF22 | 30 | $1,220,000 | $24,400 | 14-11 | 30 | $1,220,000 | $29,800 | 30 | $0 | $0 | No | $401,900 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,220,000 | $195,200 | | | $1,220,000 | $152,500 | | | $1,220,000 | $24,400 | | | $1,220,000 | $29,800 | | $0 | $0 | | $401,900 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1018474817 | | CHARRY LONDOÑO JINARY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 78 D Bis B 63a 14 Sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4687703 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-07 | 2021-07 | 1086195099 | 9422392558 | I | 2021/08/05 | 2021/08/06 | BANCO CAJA SOCIAL | 1 | $401,900 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $195,200 | $0 | $0 | $195,200 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $195,200 | $0 | $0 | $195,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $29,800 | $0 | $0 | $29,800 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $29,800 | $0 | $0 | $29,800 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $24,400 | $0 | $0 | $24,400 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 1 | $24,400 | $0 | $0 | $24,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $152,500 | $0 | $0 | $152,500 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $152,500 | $0 | $0 | $152,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $401,900 | $0 | $0 | $401,900 |