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.2596084	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 08-07-2021 Fecha de Terminación:07-05-2022
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN: 10 MESES** **PRÓRROGA: N/A**
CONTRATISTA: LEIDY JOHANA TORRES ABRIL		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **SUSPENSIÓN N/A**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **Diana Constanza Rodríguez Posso** **Subdirectora Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud**		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **PERIODO DEL INFORME:** 01 a 30 de Octubre 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:	$ N/A
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$8.332.020
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$3.048.300
SALDO POR EJECUTAR:	$19.102.680

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.	Para el desarrollo de esta actividad, se realizaron **274** registros en Premier One con id **MLJTORRESABR**relacionados con la asesoría de pacientes COVID-19 que ingresaron al Centro Operativo, haciendo seguimiento de llamadas a los casos, durante el periodo, de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica para el perfil.	Se descarga incidentes del sistema PREMIER ONE durante el periodo entre el 18 de septiembre al 19 de octubre de 2021
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.	Realizar acciones de apoyo, que permitan la respuesta ante situaciones de emergencias o desastres incluyendo la activación de la Cadena de Llamadas, alertas hospitalarias, Salud Pública, ni la elaboración de informes y documentos técnicos relacionados con situaciones de emergencia o desastre.	Durante este periodo no fue necesario realizar activación de la Cadena de Llamadas, alertas hospitalarias, Salud Pública, ni elaboración de informes ni documentos técnicos relacionados con situaciones de emergencia o desastre.

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.	Se cumplieron las condiciones para la ejecución del contrato, en circunstancias de modo, tiempo y lugar indicadas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.	Se asiste al Centro Operativo del CRUE y sede ETB chapinero para el desarrollo de las obligaciones contractuales. Se adjunta CD con el archivo "SOPORTE DE ASISTENCIA "
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.	Durante el periodo se convocaron reuniones o capacitaciones por la dirección urgencias y emergencias en salud. -30 de septiembre de 2021 a las 15:00 Socialización Anexo 4 - Centro Operativo -8 de octubre de 2021 a las 07:30 am - CLINICA DE ATENCION TRIAGE START	Durante el periodo fue convocada reuniones o capacitaciones por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. Se adjunta listado de asistencia en CD archivo pdf llamado: -Listado de asistencia Socialización Anexo 4 - Centro Operativo - LISTADO DE ASISTENCIA CLINICA DE ATENCION TRIAGE START
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.	Se realiza apoyo y seguimiento a los casos que ingresan al área de referencia y Contra referencia de urgencias del Centro Operativo para proceso remisión de pacientes ya sea por voz o correo electrónico quedando el registro en el módulo de SIDCRUE.	Se realiza apoyo y seguimiento a los casos que ingresan al área de referencia y Contra referencia de urgencias del Centro Operativo para proceso remisión de pacientes ya sea por voz o correo electrónico quedando el registro en el módulo 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: 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:	NUEVA EPS	Empresa:	PROTECCION	Empresa:	SURA ARL
Suma cancelada:	152.500	Suma cancelada:	195.100	Suma cancelada:	29.800
No Planilla:	9425300982	No Planilla:	9425300982	No Planilla:	9425300982
Mes(es) cancelado(s):	Septiembre	Mes(es) cancelado(s):	Septiembre	Mes(es) cancelado(s):	Septiembre

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:** LEIDY JOHANA TORRES ABRIL
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.030.561.597

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 37.67 % 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 RODRIGEZ POSSO
	FIRMA:
REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** Dr. NEIL ANDREW BAIN FARACICA
	FIRMA:

Anexo copia de comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión, en un (1) folio y un (1) CD.
El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030561978		TORRES ABRIL LEIDY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 80 N 76 23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2646770	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	1161625715	9425300982	I	2021/10/20	2021/10/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$377,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$195,100	$0	$0	$195,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$195,100	$0	$0	$195,100
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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$152,500	$0	$0	$152,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$152,500	$0	$0	$152,500
TOTAL				1	$377,400	$0	$0	$377,400

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030561978		TORRES ABRIL LEIDY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 80 N 76 23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2646770	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	1161625715	9425300982	I	2021/10/20	2021/10/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$377,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,219,280	$195,100			$1,219,280	$152,500			$0	$0			$1,219,280	$29,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,219,280	$195,100			$1,219,280	$152,500			$0	$0			$1,219,280	$29,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,219,280	$195,100			$1,219,280	$152,500			$0	$0			$1,219,280	$29,800		$0	$0
1	CC 1030561978	TORRES LEIDY	230201	30	$1,219,280	$195,100	EPS037	30	$1,219,280	$152,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,219,280	$29,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,219,280	$195,100			$1,219,280	$152,500			$0	$0			$1,219,280	$29,800		$0	$0