ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	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: **SUBDIRECCION CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**	**CONTRATO No.** **CO1. PCCNTR. 2344286 de 2021**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 13-03-2021 Fecha de Terminación: 12-01-2022
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DEL SALUD		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** **10 MESES** **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: **MILTON ALEJANDRO PEREZ ARIAS**		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **SUSPENSIÓN:**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): Dra. DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO SUBDIRECTORA DE CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **PERIODO DEL INFORME:** **1 a 30 septiembre 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:	$ 16.562.430
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 3.048.300
SALDO POR EJECUTAR:	$ 10.872.270

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 gestionaron los incidentes que ingresaron al Centro Operativo, durante el periodo, de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica Se realizaron 545 registros en el Sistema Premier One y 3 registros AMED en Sidcrue, durante la gestión de los incidentes que ingresaron al Centro Operativo del CRUE SEDE ETB CHAPINERO	La evidencia reposa en el CD Archivo PDF INCIDENTES GESTIONADOS SEPTIEMBRE MILTON PEREZ Y CASOS AMED MILTON PEREZ. La evidencia reposa en la base de datos del sistema PREMIER ONE con el ID MMAPEREZARIA el cual es el ID asignado a mi persona como TARM y en el sistema SIDCRUE como MAPEREZ.

	con el ID MMAPEREZARIA	
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.	Se realizaron las acciones de apoyo, que permitieron la respuesta ante situaciones de emergencias o desastres incluyendo la activación de la Cadena de Llamadas a diferentes entidades como MEBOG, BOMBEROS, MOVILIDAD, DEFENSA CIVIL. Para gestionar la activación de red de Urgencias, Emergencia y Desastre.	Durante este periodo se logró realizar la gestión según correspondía cada uno de los casos generados en la Plataforma PREMIER ONE donde reposan los datos bajo el ID MMAPEREZARIA.
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	La evidencia reposa en el CD en cuanto a listas de asistencia PDF ASISTENCIA MILTON PEREZ SEPTIEMBRE donde se realiza diligenciamiento de mi nombre, cargo, dependencia, teléfono, e-mail y firma, el en periodo comprendido para el presente informe.
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.	Asistencia a capacitación de CURSO LINEA DE EMERGENCIAS 15 Y 17 DE SEPTIEMBRE	La evidencia reposa en el CD en cuanto a listas de asistencia PDF 1 ASISTENCIA CURSO LINEA DE EMERGENCIAS_SEPTIEMBRE, 2 ASISTENCIA CURSO LINEA DE EMERGENCIAS_SEPTIEMBRE, 3 ASISTENCIA CURSO LINEA DE EMERGENCIAS_SEPTIEMBRE, 4 ASISTENCIA CURSO LINEA DE EMERGENCIAS_SEPTIEMBRE, 5 ASISTENCIA CURSO LINEA DE EMERGENCIAS_SEPTIEMBRE, 6 ASISTENCIA CURSO LINEA DE EMERGENCIAS_SEPTIEMBRE
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.	No se realizan actividades demás.	No se anexan soportes, No se realizan actividades demás.
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.

INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		**APORTES EN PENSIÓN**		**APORTES RIESGOS LABORALES**	
Empresa:	COMPENSAR	Empresa:	COLFONDOS	Empresa:	ARL SURA
Suma cancelada:	$152500	Suma cancelada:	$195100	Suma cancelada:	$29800
No Planilla:	**#9423854630**	No Planilla:	**#9423854630**	No Planilla:	**#9423854630**
Mes(es) cancelado(s):	AGOSTO	Mes(es) cancelado(s):	AGOSTO	Mes(es) cancelado(s):	AGOSTO

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:**	**MILTON ALEJANDRO PEREZ ARIAS**
	FIRMA:	
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.016.032.453**

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 66.00% 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: 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

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 1016032453		PEREZ ARIAS MILTON ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 107 # 23 g - 24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4155556	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	9423854630	9423854630	I	2021/09/13	2021/09/20	BANCO BOGOTA	0	$401,800

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)						$1,219,320	$195,100			$1,219,320	$152,500			$1,219,320	$24,400			$1,219,320	$29,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,219,320	$195,100			$1,219,320	$152,500			$1,219,320	$24,400			$1,219,320	$29,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,219,320	$195,100			$1,219,320	$152,500			$1,219,320	$24,400			$1,219,320	$29,800		$0	$0
1	CC	1016032453	PEREZ MILTON	231001	30	$1,219,320	$195,100	EPS008	30	$1,219,320	$152,500	CCF24	30	$1,219,320	$24,400	14-11	30	$1,219,320	$29,800	30	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,219,320	$195,100			$1,219,320	$152,500			$1,219,320	$24,400			$1,219,320	$29,800		$0	$0

2021/09/20 01:02 PM

aportes 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 1016032453		PEREZ ARIAS MILTON ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 107 # 23 g - 24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4155556	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	9423854630	9423854630	I	2021/09/13	2021/09/20	BANCO BOGOTA	0	$401,800

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
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$0	$0	$24,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	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**	**$401,800**	**$0**	**$0**	**$401,800**

2021/09/20 01:02 PM