DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: **SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**	**CONTRATO No.** **CO1.PCCNTR.3464662 de 2022**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 1-02-2022 Fecha de Terminación: 25-06-2022
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** **5 MESES** **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: **DANIEL FELIPE EBRATT HURTADO**		Fecha de Inicio: Fecha de Terminación: **SUSPENSIÓN:**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **DRA. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO** **SUBDIRECTORA DE CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**		Fecha de Inicio: Fecha de Terminación: **PERIODO DEL INFORME:** **1 a 30 de Mayo de 2022**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como técnico o técnico profesional en área de la salud de 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:	$ 15.175.410
VALOR ADICIÓN:	$ N/A
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 9.314.562
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 3.139.740
SALDO POR EJECUTAR:	$ 2.721.108

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.	durante mis labores desempeñe funciones de rellamadas y línea a pacientes que registran en premier one bajo el usuario MDFEBRATTHUR, realice notas de incidentes recibidos y rellamadas a incidentes	Se registran en la carpeta 1 del cd en archivo pdf, archivos descargados desde el SIDCRUE, de nombre ¨certificación incidente DANIEL EBRATT HURTADO¨. En el documento de registran un total de 2018 gestiones.
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.	De acuerdo a las actividades que realice no tuve la oportunidad de realizar acciones de apoyo en respuesta de situaciones de urgencia, emergencia y desastres	Durante este periodo no fue necesario realizar el respectivo despacho y seguimiento a los recursos disponibles en el centro operativo
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.	realice mis funciones en las Instalaciones de la sede CRUE en el horario de 18:00 a 06:00. Realizando actividades de acuerdo al cronograma enviado por la jefe	Esta actividad reposa en la carpeta número 3 del cd en formato pdf, se encuentra un documento de nombre ¨Certificación Horas¨ con registro desde el 20 de Abril al 17 de Mayo, este

	de sala o asignación del lugar de manera propia en los puestos de línea	documento es proporcionado por SIDCRUE en entrega de turno y posterior generación de certificado horas realizadas
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 este periodo asistí a la CLINICA DE ATENCION "CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR" realizada el día 6 de Mayo a las 07:30	La asistencia se encuentra en la carpeta actividad 4 en formato pdf
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.	brindar asesoría por medio de llamadas de seguimientos a casos que ingresan en premier one	los soportes reposan en la actividad 1 que se encuentran en el cd, se relaciona con los incidentes en el pdf de la actividad 1, en esta actividad en la atención de los incidentes se daba asesoría correspondiente de acuerdo a las indicaciones por el medico regulador

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:	PORVENIR	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	152.500	Suma cancelada:	195.100	Suma cancelada:	29.800
No Planilla:	9433698379	No Planilla:	9433698379	No Planilla:	9433698379
Mes(es) cancelado(s):	ABRIL	Mes(es) cancelado(s):	ABRIL	Mes(es) cancelado(s):	ABRIL

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:** **DANIEL FELIPE EBRATT HURTADO**
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1.020.816.702**

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 82,76% 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:** DRA. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO
	FIRMA:

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** DR. NEIL ANDREW BAIN FARACICA
	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.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN FINANCIERA DIRECCIÓN FINANCIERA SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISOR			
	Código:	SDS-FIN-FT-038	Versión:	6
	Elaborado por: Luisa Dudley Roldan ,Nairo Sandoval, Angelica Medina /Revisado por: Julio Martin Gonzalez/ Aprobado por: Raúl Alberto Bru Vizcaino			

EL (LOS) SUSCRITO(S) SUPERVISOR(ES) CERTIFICA(N)

El cumplimiento del objeto del contrato o convenio para el trámite de pago, bajo las siguientes condiciones:

Número y vigencia del contrato o convenio:	*3464662-2021*		**Número (s) del Proyecto:**	*7835*	
Plazo de ejecución:	*4 MESES Y 25 DIAS*		**Oficina, Dirección, Subdirección o Subsecretaria:**	*Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias*	
Nombre / razón social del Contratista:	*DANIEL FELIPE EBRATT HURTADO*		**Número de Nit o cédula:**	*1.020.816.702*	
Periodo Certificado (Fechas):	*1/05/2022 al 30/05/2022*		**Porcentaje de pago:**	*21%*	
Condiciones que se cumplen para este pago:	*Según informe de actividades aprobado por el Supervisor para el periodo antes certificado y cuyos soportes reposan en el archivo físico del contrato de la Subdirección de Contratación.*				
Objeto contractual:	*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.*				
Valor Inicial	*$ 15,175,410*	**Cofinanciación:**	*No aplica*	**FFDS:**	*$15,175,410*
Valor total (Inicial + Adicionales o - Reducciones)	*No aplica*	**Cofinanciación:**	*No aplica*	**FFDS:**	*No aplica*
Valor a cancelar:	*Tres millones ciento treinta y nueve mil setecientos cuarenta pesos m/cte)*			*$3,139,740*	
Fecha inicio del contrato o Convenio (Según acta de inicio):	*1/2/2022*		**Fecha terminación Contrato o Convenio (incluidas las prorrogas).**	*25/06/2022*	
Número y valor de las adiciones o reducciones del contrato / convenio:	*No aplica*		*No aplica*		*No aplica*
Número y tiempo de las prórrogas o disminución de plazo del contrato / convenio :	*No aplica*		*No aplica*		*No aplica*
Otro tipo de modificaciones contractuales	*No aplica*	*Concepto:*	*No aplica*		
Valor ejecutado:	*$12,454,302*		**Saldo por ejecutar:**	*$2,721,108*	
Porcentaje de ejecución:	*82.76%*	**Número de Factura o cuenta de cobro:**	*No aplica*	**Número de pago:**	*Cuarto*
Número (s) de CDP y registro (s) presupuestal (es) que amparan este pago:	*CD 1060-2022 y RP 986-2021 por valor de: $ 15,175,410*			**Fuente de financiación:**	*12 Aporte Ordinario-Otros del Distrito para comprometer*
Cuenta Bancaria	*BANCO CAJA SOCIAL*	*Ahorros*	*No. 24089926790*	*Nota: Los datos corresponden a la certificación bancaria que hacen parte de la etapa pre-contractual (según lista de chequeo SDS-CON-FT-012) validada por la Dirección Financiera. En el caso de cambiar cuenta bancaria, anexar la nueva certificación no superior a 30 días, e informar al área de Contabilidad - Dirección Financiera, para su actualización en el modulo de terceros.*	
Anexos:	*Informe de actividades Sguridad Social -Periodo Abril 2022 CD con las evidencias que soportan cada una de las obligaciones especificas desarrolladas en el contrato.*			**¿Se tienen las garantías actualizadas?:**	*Marcar con una equis (X)* SI X NO
Observaciones :	*No aplica*				

La presente certificación se expide a los 28/05/2022, autorizando el presente pago detallado y dejando constancia del cumplimiento en el pago de los Aportes a Seguridad Social Integral, aprobación de los requisitos legales correspondientes a la factura, ejecución de actividades y/o entrega de elementos dentro de la vigencia pactada y demás obligaciones señaladas en el Manual de Contratación de la SDS - FFDS y según lo establecido en la minuta contractual.

Diana Constanza Rodriguez Posso

Subdirectora Centro Regulador de Urgencias

	Nombres completos	Firma	Teléfono o Ext.	Fecha
Referente(s) Técnico(s):	*Yesenia Borilla*		9863	28/5/2022
Referente(s) Financiero(s):	*Jose Luis Peñaranda Amado*		9124	28/5/2022

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 1020816702		EBRATT HURTADO DANIEL FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 48d # 68A - 12sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7317672	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-04	2022-04	1446872914	9433698379	I	2022/05/03	2022/05/06	BANCO CAJA SOCIAL	3	$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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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**

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 1020816702		EBRATT HURTADO DANIEL FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 48d # 68A - 12sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7317672	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-04	2022-04	1446872914	9433698379	1	2022/05/03	2022/05/06	BANCO CAJA SOCIAL	3	$401,800

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	irl	vip	Codigo	Dias	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	Codigo	Dias	Tarifa	Aporte	Dias	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC 1020816702	EBRATT DANIEL																		230301	30	$195,100	EPS008	30	$152,500	CCF24	30	$24,400	14-11	30	2.436	$29,800	30	$0	No	$401,800
Total	**Afiliados(1)**																					$195,100			$152,500			$24,400				$29,800		$0		$401,800

2022/05/19 08:41 PM