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.3	Elaborado por: Jairo Armando Moreno Revisado y Aprobado por: Andrea Pedroza Molina	

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: **SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**	**CONTRATO No.** 1498441 de 2020	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 17-04-2020 Fecha de Terminación: 16-07-2020
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES** **PRÓRROGA: N/A**
CONTRATISTA: MELISSA STEFANIA CASTILLO MAHECHA		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 mayo de 2020
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales en medicina, para el ejercicio de la regulación de la urgencia médica, relacionados con COVID-19 de acuerdo con las necesidades de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 14.700.000
VALOR ADICIÓN:	$N/A
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$2.286.667
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$4.900.000
SALDO POR EJECUTAR:	$7.513.333

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 relacionados con COVID-19 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 registros en el Sidcrue con el ID **MCASTILLO**, para la gestión de los incidentes relacionados con COVID-19 que ingresaron al Centro operativo en el período, de acuerdo con lo definido en el procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica.	La evidencia se encuentra en el módulo SIDCRUE.
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, Salud Pública, así como el apoyo en la elaboración de los respectivos informes y documentos técnicos relacionados con la situación de Urgencias, Emergencia y Desastre.	Durante el período se gestionaron: ocho (0) emergencias, nueve (0) incidentes de impacto social y se realizaron los respectivos informes en el SIDCRUE.	La evidencia se encuentra en el SIDCRUE, módulo de emergencias, secuencias: Emergencias: (0) Impacto Social: (0)

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.	Durante el período se asistió a (12) jornadas para el desarrollo de las obligaciones contractuales	Se adjunta en el CD listado de Bitácoras diligenciadas de Médico Regulador, ID MCASTILLO, en el periodo SOPORTE SIDCRUE
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 asistió a las diferentes reuniones y capacitaciones convocadas por la dirección urgencias y emergencias en salud.	Se participa en las diferentes actualizaciones de temas relacionados como lavado de manos y uso de tapabocas por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.
5. Las demás que le sean asignadas y que sean necesarias para atender la emergencia que se presenta en Bogotá D.C. por el COVID-19.	Brindar direccionamiento a la asesoría dada por los Tarm a las llamadas que ingresan por la línea 123, crear solicitud en el módulo sidcrue AMED COVI-19 para asignación de asistencia médica domiciliaria para toma de muestra a casos reportados de pacientes con posible covid-19.	La evidencia reposa en el módulo sidcrue AMED COVI-19

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:	SANITAS EPS	Empresa:	PROTECCION	Empresa:	ARL SURA
Suma cancelada:	114.400	Suma cancelada:	146.400	Suma cancelada:	4.800
No Planilla:	4340084053	No Planilla:	4340084053	No Planilla:	4340084053
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:** MELISSA STEFANIA CASTILLO MAHECHA
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.014.206.117

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 48.89 % de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** Dra. DIANA CONSTANZA RODRIGEZ POSSO
	FIRMA:
REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** Dr. JOSE OCTAVIO LOPEZ (Vacaciones)
	FIRMA: CTecnico.

Anexo: Copia comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión, en (1) folio. Se anexa un (1) CD.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1014206117
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			MELISSA STEFANIA CASTILLO MAHECHA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	KR 69B 24A 51	TELÉFONO:	3667341
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internacio
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:		4340084053	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2020/06/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990452055
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		7750185125	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2020/04/24

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 5.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 100	$ 0	$ 5.900	$ 100	$ 6.000
SUBTOTALES:										$ 5.900	$ 100	$ 6.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 4.600	$ 0	$ 100	$ 0	$ 4.600	$ 100	$ 0	$ 4.700
SUBTOTALES:													$ 4.600	$ 100	$ 0	$ 4.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 200	$ 200	$ 100	$ 0	$ 300
SUBTOTALES:									$ 200	$ 100	$ 0	$ 300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1014206117	CASTILLO MELISSA STEFANIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 877.803			NO	01						A										
2	CC 1014206117	CASTILLO MAHECHA MELISSA STEFANIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 877.803			NO	01						C		01-30								
3	CC 1014206117	CASTILLO MAHECHA MELISSA STEFANIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 877.803			NO	01						R		01-30								

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230201-PROTECCION	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500
2	230201-PROTECCION	30	$ 914.667	$ 146.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 146.400
3	230201-PROTECCION	0	$ 36.864	$ 5.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 5.900

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	Vr UPC	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
1	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 877.803	101420611	$ 4.600
2	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 914.667	$ 114.400	$ 0	$ 114.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 914.667	101420611	$ 4.800
3	EPS005-SANITAS S.A.	0	$ 36.864	$ 4.600	$ 0	$ 4.600	14-11 - ARL SURA	0	$ 36.864	101420611	$ 200

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 11.000

Planilla Pagada