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. CO1.PCCNTR.1498334	PERIODO DEL CONTRATO: Fecha de Inicio: 16-04-2020 Fecha de Terminación: 15-07-2020
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES PRÓRROGA: N/A
CONTRATISTA: JUAN SEBASTIAN ARTEAGA GONZALEZ		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A SUSPENSIÓN: N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): Diana Constanza Rodriguez Posso Subdirectora Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A PERIODO DEL INFORME: 16 al 30 de Abril de 2020
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo y gestionar los eventos relacionados con COVID-19 para el 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:	$ 9.000.000
VALOR ADICIÓN:	$N/A
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$0
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$1.500.000
SALDO POR EJECUTAR:	$7.500.000

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.	Con el fin de dar cumplimiento a la gestión de los incidentes relacionados con COVID-19 que ingresan al Centro Operativo a través de la línea 123. Se realizan llamadas de los listados entregados por la jefe de turno Viviana Acosta, en los días: 1. El 18 de abril de 2020 de 10 y 30 de la mañana a 7 de la noche donde se realizan 60 llamadas registradas en el sistema Sidcrue. 2. El 20 de abril de 2020 en el horario de 7 de mañana a 7 de la noche se realizan 75 llamadas registradas en el sistema Sidcrue. 3. El 22 de abril de 2020 en el horario de 7 de la mañana a 7 de la noche se realizan 104 llamadas, registradas en el sistema Sidcrue. 4. El 24 de abril de 2020 en el horario de 7 de la mañana a 7 de la noche se realizan 81 llamadas, registradas en el sistema Sidcrue.	Anexo 1. Certificación Registros Covid19. Anexo 2. Números de incidentes gestionados.

	Entre algunas incidentes gestionados se encuentran: 00188533, 00188544, 00188846, 00159045, 00159092, 00159170, 00159265, 00159339, 00182730, 00181726, 00181494, 00181516.	
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.	Con el fin de brindar apoyo y dar respuesta a las situaciones de urgencias y desastre, se gestionan en los casos requeridos vehículos de emergencia para toma de prueba COVID-19, con previa autorización de médico de turno. De igual forma se brindan las recomendaciones y asesoría respecto síntomas de alarma "Fiebre igual o superior a 38 grados centígrados, dificultad para respirar reflejada en hundimiento de las costillas al respirar, coloración morada de labios y palma de las manos, tos seca, dolor de garganta, diarrea o vómito, perdida del gusto o el olfato y dolor generalizado del cuerpo. De igual forma recomendaciones de protección como son lavado de manos, hidratación , cumplimiento del aislamiento y uso del tapabocas"	Anexo 1. Certificación Registros Covid19.
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.	El contrato se ejecuta en las instalaciones del Crue, ubicado en la secretaria de salud, en el turno día 2, los días 16, 18, 20, 22 y 24 de abril del 2020, en el horario de 7 de la mañana a 7 de la noche.	Anexo 3. Listado de asistencia a turno en la secretaria de salud sede CRUE.
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 los días 9 y 13 de abril de 2020, en el auditorio de la secretaria de salud. Donde se manejan las temáticas referentes al manejo de Covid-19, atención de la línea 123 y sistema Sidcrue.	Anexo 4. Listado de asistencia a capacitación Sidcrue.
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.	Como actividades de apoyo para atender la emergencia de Covid-19, se realiza rotación determinada por jefe de turno de la siguiente forma: 1. El día 16 de abril de 2020, se realiza rotación, en el horario de 7 de la mañana a 2 y 30 de la tarde en despacho de ambulancia zona sur 3. 2. El día 16 de abril de 2020 de 3 y 30 de la tarde a 7 de la noche rotación en el área de psicología. 3. El día 18 de Abril de 2020 se realiza rotación en el horario de 7 de la mañana a 10 de la mañana en el área de psicología.	Anexo 3. Listado de asistencia a turno en la secretaria de salud sede CRUE.

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:	Colfondos	Empresa:	Sura
Suma cancelada:	$80.000	Suma cancelada:	$102.400	Suma cancelada:	$15.600
No Planilla:	8606746339	No Planilla:	8606746339	No Planilla:	8606746339
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:		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:		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):	

CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: JUAN SEBASTIAN ARTEAGA GONZALEZ
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1018418810

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 17 % de ejecución del contrato.	OTRAS OBSERVACIONES:

SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO
	FIRMA:

REVISÓ	NOMBRE Y APELLIDO:
	FIRMA:

Anexo: Comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión. En caso de informe final correspondiente al último periodo de cobro, deberá anexarse el formato vigente de Control Documental Entrega de Actividades y Bienes a Cargo.

PLANILLA NRO. 8606746339 Tipo I 2020
04

ASOPAGOS

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR
CC	1018418810	JUAN SEBASTIAN ARTEAGA GONZALEZ	ÚNICO	0	0	2020-04	2020-04	8606746339	86892923559	PRIVADA	I	14-11	86

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR MÓNIMA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
CL 172 No 54 C 34	BOGOTA	1	BOGOTA D.C	11	4964291	0	paiconsebas@gmail.com	8299	0	1	2020-04-23	2020-05-06

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

/ NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS005	800251440	80000	0	0	0	0	0	80000	0	0	0	80000	0	0	0	0	80000	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

/ NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
231001	800227940	102400	0	0	0	0	0	0	102400	1

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
14-11	890903790	15600	0	0	0	15600	0	0	15600	0	0	0	15600

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	0	0	0	1

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF				
VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

SENA				
VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

NÚMERO ADMINISTRADORAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	0

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA	
PENSIONES	102400
SALUD	80000
RIESGOS LABORALES	15600
CAJAS COMPENSACIÓN	0
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	198000