

 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.1498317	PERIODO DEL CONTRATO: Fecha de Inicio: 13-04-2020 ✓ Fecha de Terminación: 12-07-2020 ✓
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES ✓
CONTRATISTA: YURY PAOLA PINTO LONDOÑO ✓		PRÓRROGA: N/A Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): Diana Constanza Rodríguez Posso Subdirectora Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud		SUSPENSIÓN: N/A Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A PERIODO DEL INFORME: 13 a 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:	\$1'800.000 ✓
SALDO POR EJECUTAR:	\$7'200.000 ✓

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, 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.	Se ingresa a la sede respectiva (etb) cumpliendo con los parametros de higiene respecto al covid-19. en el horario establecido, desarrollando las funciones asignadas, siguiendo orientación de los jefes de turno, haciendo uso adecuado de todas las herramientas de trabajo y realizando un seguimiento de llamada a cada incidente.	Firmo contrato el día 13 de abril, empiezo a desarrollar las actividades apartir del día 15 de abril en horario de la tarde, firmando una asistencia diaria, el cual se anexan evidencias en cd.
2. Realizar las acciones de apoyo, que permitan la respuesta ante situaciones de Urgencias, Emergencias y Desastres, incluyendo la activación de la cadena de	Se realiza accion de apoyo con el medico regulador de cada turno, evaluando el nivel prioritario de cada urgencia y asi mismo tomar las medidas necesarias para cada caso, al mismo tiempo se lleva un registro de cada insidente en la plataforma sidecruce.	Cada soporte clinico de cada insidente se encuentra en la plataforma y anexo asistencia diaria en el cd

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p align="center">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</p>	<p>Elaborado por: Jairo Armando Moreno Revisado y Aprobado por: Andrea Pedroza Molina</p>	
---	--	---	---

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.	tambien se lleva accion de apoyo en las llamadas de seguimiento a cada insidente.	
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.	Cumplo lo acordado en el contrato, conforme a la necesidad de cada turno, recibiendo las llamadas a tiempo y atendiendo cada caso de la manera correcta en el tiempo y lugar establecido por los jefes.	Cada soporte clinico de cada insidente se encuentra en la plataforma y anexo asistencia diaria en el cd
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.	Se asiste a cada capacitacion dada por los instructores de la secretaria distrital de salud, aprendiendo sobre los lineamientos correctos y actualizados en la plataforma para recibir correctamente los incidentes del covid-19.	Se asiste a capacitacion de premier one, el dia 22 y 23 de abril, se anexa en el cd la evidencia de asistecia de los mismos dias.
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.	Tener claro los datos solicitados y informacion necesaria para cada caso por si se presenta una urgencia frente al covid-19 y al tiempo se tenga que enviar carro domiciliario o ambulancia.	Cada soporte clinico de cada insidente se encuentra en la plataforma y anexo asistencia diaria en el cd

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.

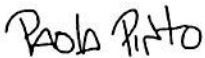
INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

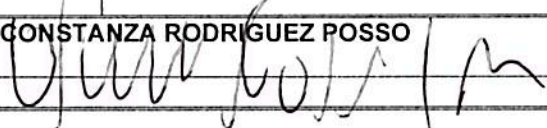
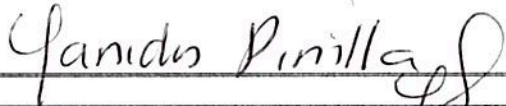
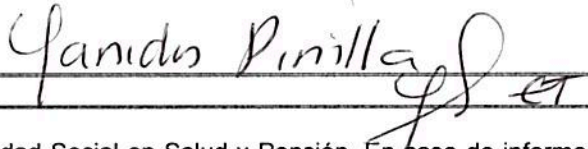
APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	COMPENSAR	Empresa:	PORVENIR	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	\$95.000 ✓	Suma cancelada:	\$121.600 ✓	Suma cancelada:	\$18.600 ✓
No Planilla:	42139521 ✓	No Planilla:	42139521 ✓	No Planilla:	42139521 ✓
Mes(es) cancelado(s):	ABRIL ✓	Mes(es) 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):	
---	--	---	--	--	--

 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	
--	---	--	---

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN	
CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: YURY PAOLA PINTO LONDOÑO
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1016103913

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 <u>20</u> % 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.

TIPO		NUMERO	DATOS DEL APORTANTE				EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
			NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	
CC		1016103913	YURY PAOLA PINTO LONCONO		CRA 100 # 23H-83	4609197	PAOPINTO1415@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN		CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA		I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		
						NO		

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MESES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MESES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2020-04	2020-04	1	42139521	\$235 200	

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	1016103913	YURY PAOLA PINTO LONDOKO		CRA 100 # 23H-83	46509197	PAOPINTO1416@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD 2020-04	PERIODO PENSIONES 2020-04	1		42139521	TOTAL A PAGAR \$235 200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS003	Compensar EPS	860066942.7	95 000

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	0	0	0	95 000	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION			
Código AFP	Nombre	NIT	Cotizaciones Obligadas
230301	Porvenir	800224808-8	121.6

	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
00	0	0	0	0	0	0		121 600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
14.11	ARL SURA	890903790-5	18.600
			No. Autorizac
			Incapac

Cuentas de Cuentas		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
In	Valor		18.600	0	0	18.600			186	18.600	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS	
Código CCF	Nombre

MIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valores antes de IOE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	95 000	95 000
Pensión	1	121 600	121 600
Riesgos Laborales	1	18 600	18 600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	235 200	235 200