

 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 Pedrosa Molina	
--	--	---	---

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	CONTRATO No. 1499925 de 2020	PERIODO DEL CONTRATO: Fecha de Inicio: 15-04-2020 ✓ Fecha de Terminación: 14 -07-2020 ✓
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES
CONTRATISTA: RUTH LEIDY AREVALO TORRES ✓		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
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.		PERIODO DEL INFORME: 15 a 30 de Abril de 2020 ✓

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 9.000.000
VALOR ADICIÓN:	\$N/A
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	\$
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$1.600.000
SALDO POR EJECUTAR:	\$7.400.000

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.	Para el desarrollo de esta actividad, se gestionaron los registros de incidentes relacionados con covid-19 que ingresaron al centro operativo, haciendo seguimiento de llamadas a los casos durante el periodo de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de regulación de la urgencia médica para el perfil. Se realizaron 47 registros en el módulo SIDCRUE, para la gestión de los incidentes relacionados con covid-19.	Evidencia 1. Certificación registro COVID-19
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.	No se realizan llamadas de seguimiento	No se proporciona listado para seguimientos.
3. Cumplir con las condiciones para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio atendiendo a las	se cumple las condiciones para la ejecución del contrato en circunstancias de modo, tiempo y lugar indicadas por la subdirección centro regulador de urgencias y emergencias y en el turno asignado que	Evidencia 2 : listas de asistencia

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>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>	
---	---	---	---

circunstancias de modo, tiempo y lugar.	inicio el 15 de abril (turno de 12 horas de 7:00p.m. a 7:00 a.m.)	
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 diferencias reuniones y capacitaciones convocados por la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud	Evidencia 3. Listas de asistencia
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	No se programaron	No se programaron

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

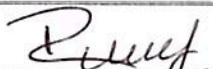
DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones 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:		Suma cancelada:		Suma cancelada:	
No Planilla:		No Planilla:		No Planilla:	
Mes(es) cancelado(s):		Mes(es) cancelado(s):		Mes(es) cancelado(s):	

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

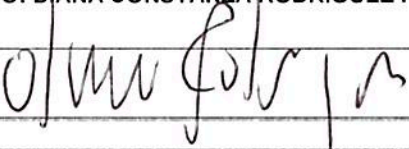
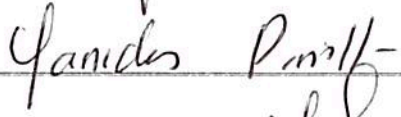
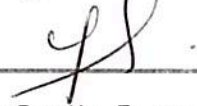
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	N.A	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, CORDIS, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	N.A	Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación):	N.A
---	-----	---	-----	--	-----

CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: RUTH LEIDY AREVALO TORRES
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52910389

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

<p>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 17.7% de ejecución del contrato.</p>	OTRAS OBSERVACIONES:
--	-----------------------------

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	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	
---	---	--	---

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.

Se anexa al informe los siguientes documentos:

COPIA DE RUT
COPIA DE RIT
CERTIFICACION DE AFILIACION A PENSIONES
PANTALLAZO CONTRATO SECOPII
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
COPIA DE ACTA DE INICIO

Certificado Retiro Régimen de Excepción

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar eps
salud

Nº. de Radicación

Fecha de Radicación

28/04/2020

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual • Cotizante o cabeza de familia ☒ • Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS) 59
---	--	---	---	---------------------------------------

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Arevalo	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número de documento de identidad 52-910-385	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 24/04/1982
-----------------------------------	---	---	---	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL SURA	16. Administradora de pensiones PORVENIR
17. Ingreso base de cotización - IBC 1.200.000	18. Residencia Calle 90 N° 95 Int. 108	19. Zona Urbana ☒ Rural ☐	20. Municipio Bogotá	21. Teléfono fijo y/o celular 53874953219216205	22. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento
-------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---	-------------------------

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐	32. Datos de residencia			33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			F N M T P	Municipio / Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS Cot. 05 SUBO	Código de la IPS (a registrar por la EPS) 52	35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
--	--	--	--	--	--	---	---

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o representante	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
---	---

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant ☐ RC ☐ Cant ☐ TI ☐ Cant ☐ CC ☒ Cant ☐ PA ☐ Cant ☐ DE ☐ Cant ☐ CD ☐ Cant ☐ SC ☐ Cant ☐ Total ☐	57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	61. Copia de la orden judicial que declare la incapacidad de los padres.	62. Documento en que conste la autorización emitida por el cotizante sobre la autenticidad de los datos.	63. Copia de la autorización emitida por la entidad autorizada para realizar afiliaciones.	64. Certificación de vinculación a la entidad autorizada para realizar afiliaciones.	65. Copia del acto administrativo de las autoridades competentes que conste la calidad de beneficiario o afiliado adicional.
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio ☐ Código del departamento ☐	67. Datos del SISBEN Número de la ficha ☐ Puntaje ☐ Nivel ☐	68. Fecha de radicación D D M M A A	69. Fecha de validación D D M M A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido ☐ Segundo Apellido ☐ Primer Nombre ☐ Segundo Nombre ☐	71. Firma del funcionario		

OBSERVACIONES: APORTE ABOUL EN MAYO PERIOD RETIRO EN PLONILLA
= ANEXA CEA RETIRO POLICIA NACIONAL

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VIGILADO SuperSalud

VIGILADO SuperSubsidio

