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. 1498415 DE 2020	**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
		PRÓRROGA: N/A Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A
CONTRATISTA: MÓNICA LILIANA MARTÍNEZ CASTRO		**SUSPENSIÓN:** 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**		**PERIODO DEL INFORME:** 1 al 30 de mayo 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:	$1.800.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$3.000.000
SALDO POR EJECUTAR:	$4.200.000

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.	1. Durante el mes mayo 2020, se realizó seguimiento telefónico a usuarios que se comunicaron a la línea 123 y presentaban síntomas respiratorios o gastrointestinales, durante el seguimiento realizado se indagan los síntomas que presenta el paciente y así el medico regulador de turno verifica si se le debe tomar prueba para Covid 19 o si se debe dejar el usuario en seguimiento. *Se ingresaron 248 incidentes en el módulo de asesorías de pacientes Covid – 19, en el Sistema de Información SIDCRUE.	1. Por medio del usuario mlmartinez el cual se utiliza para ingresar al Sistema de información SIDCRUE, se puede evidenciar el total de incidentes a los cuales se les realizó el respectivo seguimiento e ingreso al Sistema de Información SIDCRUE. Listado de asistencia dando cumplimiento al turno asignado, en el Centro regulador de Urgencias y Emergencias. Adjuntó registro fotográfico como evidencia de trabajo en casa y

		archivo en Excel con los registros de seguimiento a incidentes ingresados al Sistema de Información 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.	2. Durante el mes de mayo 2020, no apoye esta actividad, únicamente realice seguimiento a pacientes que presentaban síntomas respiratorios o gastrointestinales. *Se ingresaron 248 incidentes en el módulo de asesorías de pacientes Covid – 19, en el Sistema de Información SIDCRUE.	2. Por medio del usuario mlmartinez el cual se utiliza para ingresar al Sistema de información SIDCRUE, se puede evidenciar el total de incidentes a los cuales se les realizó el respectivo seguimiento.
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.	3.Durante el mes de mayo 2020, cumplí con el horario y turno asignado. *Se ingresaron 248 incidentes al Sistema de Información del SIDCRUE.	3. Adjunto archivo en Excel, con los incidentes ingresados en el Sistema de Información del SIDCRUE, durante el mes de mayo 2020.
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.	4. Durante el mes de mayo 2020, no fui convocada a ninguna reunión.	4. No se convocaron reuniones durante este mes.
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.	4.Durante el mes de mayo no se realizaron actividades diferentes a las anteriormente relacionadas.	4. No se realizaron actividades diferentes a las informadas anteriormente.

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:	Protección	Empresa:	Positiva

Suma cancelada:	$150.000	Suma cancelada:	$36.000	Suma cancelada:	$6.300
No Planilla:	42762816	No Planilla:	42762816	No Planilla:	42762816
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:** MÓNICA LILIANA MARTÍNEZ CASTRO
	FIRMA: Mónica Martínez C.
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52.233.328 DE BOGOTÁ

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 53.33 % de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**
SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ [illegible]
	FIRMA:

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** Yanida Pinilla
	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.

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	MONICA LILIANA MARTINEZ CASTRO	**NIT:**	52233328
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	abril 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	abril 2020
Número de Radicación:	42762816	**Total a pagar:**	$216,300
Fecha de vencimiento:	31/05/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	21/05/2020	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	632029478
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$6,300
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$36,000
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$24,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$150,000
						$216,300

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información