

|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                           |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p align="center">SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL<br/>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES<br/>ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA<br/>SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN<br/>SDS – FFDS<br/>Código: SDS-CON-FT-014 V.3</p> | <p>Elaborado por: Jairo<br/>Armando Moreno<br/>Revisado y Aprobado<br/>por: Andrea Pedroza<br/>Molina</p> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

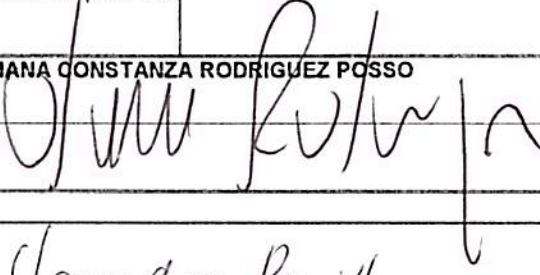
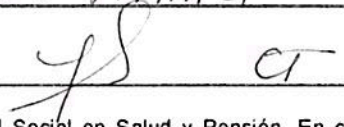
|                                                                                                                                             |                                        |                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESPACHO – SUBDIRECCIÓN –<br/>DIRECCIÓN U OFICINA:</b><br>SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR<br>DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS                    | <b>CONTRATO No.</b><br>1498408 de 2020 | <b>PERIODO DEL CONTRATO:</b><br>Fecha de Inicio: 13-04-2020<br>Fecha de Terminación: 12-07-2020                                        |
| <b>ENTIDAD CONTRATANTE:</b><br>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD                                                                          |                                        | <b>PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES</b>                                                                                                     |
| <b>CONTRATISTA: VERONICA GOMEZ GONGORA</b>                                                                                                  |                                        | <b>PRÓRROGA: N/A</b><br>Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A                                                              |
| <b>SUPERVISOR (Nombre y cargo):</b><br>Diana Constanza Rodríguez Posso<br>Subdirectora Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud |                                        | <b>SUSPENSIÓN: N/A</b><br>Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A<br><b>PERIODO DEL INFORME:</b><br>01 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.

| <b>BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO</b>                   |              |
|----------------------------------------------------------|--------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>                       | \$ 9.000.000 |
| <b>VALOR ADICIÓN:</b>                                    | N/A          |
| <b>VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:</b>                      | \$1.800.000  |
| <b>VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:</b> | \$3.000.000  |
| <b>SALDO POR EJECUTAR:</b>                               | \$4.2000 000 |

| <b>ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBLIGACIONES</b><br>(Las estipuladas en la minuta del contrato)                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>AVANCE ACTIVIDADES</b><br>(Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)                                                                                                                                                                                                            | <b>EVIDENCIAS O SOPORTE</b><br>(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 período, de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica para el perfil. | Se realizaron 85 registros en el módulo Sidcrue, para la gestión de los incidentes relacionados con COVID-19, que ingresaron al Centro Operativo, con el ID vgomezg. Se adjunta CD con el archivo "REPORTE 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. | Realizar acciones de apoyo, que permitan la respuesta ante situaciones de emergencias o desastres incluyendo la activación de la Cadena de Llamadas, alertas hospitalarias, Salud Pública, ni la elaboración de informes y documentos técnicos relacionados con situaciones de emergencia o desastre.                | Durante este periodo no fue necesario Cumplir realizar el respectivo despacho y seguimiento a los recursos (móviles) disponibles en el Centro Operativo                                                              |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                           |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL<br/>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES<br/>ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA<br/>SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN<br/>SDS – FFDS<br/>Código: SDS-CON-FT-014 V.3</p> | <p>Elaborado por: Jairo<br/>Armando Moreno<br/>Revisado y Aprobado<br/>por: Andrea Pedroza<br/>Molina</p> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

| 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 <u>53.33</u> % de ejecución del contrato.</p> | <p>OTRAS OBSERVACIONES:</p>                                                                                                                                |
| <p><b>SUPERVISOR</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>NOMBRE Y APELLIDO: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO</p> <p>FIRMA: </p> |
| <p><b>REVISÓ</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>NOMBRE Y APELLIDO: Yanis Pinilla</p> <p>FIRMA: </p>                  |

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.



LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** VERONICA GOMEZ GONGORA  
**No. Identificación:** CC1105673095  
**Dirección:** KR 51B 16 48 CS 65  
**Telefono:** 3209919514  
**Correo:** isabelaalbagomez@gmail.com  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 8342148352

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

|                                 |                        |
|---------------------------------|------------------------|
| Nombre Aportante                | VERONICA GOMEZ GONGORA |
| Tipo y número de identificación | CC1105673095           |
| Número de planilla              | 8342148352             |
| Fecha pago                      | 2020-04-27             |
| Número de autorización pago     | 17400679               |
| Banco                           | 1023                   |

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| Número de Empleados           | 1             |
| Periodo de Cotización Salud   | abril de 2020 |
| Periodo de Cotización Pensión | abril de 2020 |
| Número de Administradoras     | 3             |
| Total Pagado                  | 222800        |
| Total Intereses de Mora       | 0             |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE          | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 14-11                 | ARL SURA        | 17600        | 1                   |
| 230301                | Porvenir        | 115200       | 1                   |
| EPS044                | MEDIMAS EPS SAS | 90000        | 1                   |

TIPO DOC.: CC  
 NO. DOCUMENTO: 1105673095  
 APELLIDOS Y NOMBRES: VERONICA GOMEZ GONGORA

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|----------|----------|-----------|-------------|-------------|-----------|------------------|-----------|--------------------|----------------------------------|--------------------|--------------|
| EPS044   | 230301   | 720000    | 720000      | 720000      | 0         | 90000            | 0         | 115200             | 0                                | 17600              | 0            |