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.1498203	**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**
CONTRATISTA: MARYCELA RODRIGUEZ BARBOSA		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:** **01 A 30 DE MAYO 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.	Para el desarrollo de esta actividad se realizaron los riesgos por riesgos en el sistema sidcrue para los incidentes relacionados con el covid-19.	soporte de registro
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.	Para el desarrollo de esta actividad se realiza recepción de llamadas	reporte de asistencia
3. Cumplir con las condiciones para la ejecución del contrato de	Cumplimiento con condiciones del	soporte de asistencia

conformidad con las necesidades del servicio atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar.	contrato con el servicio de la línea 123, se le brinda información al paciente y resolver dudas que tengan	
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.	Asistí a la capacitación realizada en crue del sistema SIDCRUE el día 01-05-2020 Guía de Tipificación, 05-05-2020, 08-05-2020	reporte de asistencia reporte de capacitaciones
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.	Apoyé en el seguimiento de llamadas a los casos que aún no habían sido cerrados desde teletrabajo, y así cerrar el caso con el medico regulador.	soporte de registro

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:	COLPENSIONES	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	90.000	Suma cancelada:	115.200	Suma cancelada:	17.800
No Planilla:	42139831	No Planilla:	42139831	No Planilla:	42139831
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:	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:** **MARYCELA RODRIGUEZ BARBOSA**
	FIRMA: Marycela Rodriguez
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **52112501**

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

Que, de conformidad con el informe de actividades	**OTRAS OBSERVACIONES:**

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.		
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.

compensar | miplanilla.com

Identificación	52112501	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	9033208
Razón Social	MARYCELA RODRIGUEZ BARBOSA	Dirección	CARRERA 81 I 58 K 50	Fecha Pago	27/04/2020
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ, D.C.	Periodo Salud	Abril-20
Banco	BANCO CAJA SOCIAL	No. Planilla	42139831	Periodo Pensión	Abril-20
Total a Pagar	$222,800	Total Intereses Mora	$0	Estado	Pagada
Número Dias en Mora	0				

PENSIÓN

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	$720,000	$115,200	$0	$0	$0	$0	$0		$115,200
Totales				$720,000	$115,200	$0	$0	$0	$0	$0		$115,200

SALUD

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interés Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS008	Compensar EPS	860066942	1	$720,000	$90,000	$0	$0		$0		$0		90000	$90,000
Totales				$720,000	$90,000	$0	$0		$0		$0		$90,000	$90,000

INFORMACIÓN ARP

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Interés Mora	Valor Total Incapacidades	Saldo a Favor	Valor Pagado Otros Riesgos	Total antes Mora	Total a Pagar
14-11	ARL SURA	890903790	1	$720,000	$17,600	$0				17600	$17,600

PAGADO

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

ISO / IEC 27001 icontec Certificate Nº SI 306-1

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN FINANCIERA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL
FORMATO DE INFORMACIÓN A TERCEROS
PERSONA NATURAL
Código SDS-FIN-FT-005 V 6

Elaborado por: Gaidys Polanco
Revisado por: Félix Gonzalo Díaz Pineda
Aprobado por: Raúl Alberto Bru Vizcaino

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Apellido:	Corredor	Segundo Apellido:	Chante	Primer Nombre:	Lenys	Segundo Nombre:	Edith

NIT:	1022355774	Dígito de Verificación:		Código Departamento / Municipio:	
Dirección:	Cl 126 # 10 Este - 20	Celular:	3212764483	Teléfono Fijo:	
Correo Electrónico	enmaicol1004@gmail.com	Nacionalidad:	colombiana		

Pertenecíente a grupos Étnicos: (marque con x)			Raizal	Palenquero
Afrocolombiano	Rom	Indigena	Minorias	Negro
Se encuentra en el rango de edad entre 18 y 28 años:(marque con x)			SI	NO X

Persona con discapacidad:	no
Auditiva, cognitiva, mental psicológica, mental psiquiátrica, motora, visual, múltiple	
Otra (cual)?	NA

DATOS PARA GIRO ELECTRÓNICO e INFORMACIÓN FINANCIERA

Entidad Financiera: Banco Falabella

Tipo Cuenta: Corriente [ ] Ahorros [X]

Número de Cuenta: 111200332055

Debe Anexar Certificación Bancaria Actualizada

INGRESOS BRUTOS AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR A 31 DE DICIEMBRE DE 2019	VALOR	PATRIMONIO (DESCRIPCIÓN) AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR A 31 DE DICIEMBRE DE 2019	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES			
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS			
GASTOS DE REPRESENTACIÓN			
HONORARIOS			
ARRIENDOS			
OTROS INGRESOS Y RENTAS			
TOTAL		TOTAL	

INDUSTRIA Y COMERCIO

Régimen ICA: | Código Actividad: | TARIFA ICA:

Descripción Actividad Económica:

IMPUESTO A LAS VENTAS

Régimen IVA al que Pertenece:

Actividad Exenta o Excluida: SI [ ] No [ ]

INFORMACION TRIBUTARIA - RUT -

Declarante del Impuesto a la Renta (1): SI [ ] No [X]

(1) Si No es Declarante del Impuesto a la Renta, Explique Porqué? ____

RESPONSABILIDADES

	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO
1		
2		
3		
4		

OBSERVACIONES:

Nombre del Declarante: Lenys Edith Corredor chante

Lenys Corredor
1022355774 Bta

Scanned by TapScanner