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. 1498431	**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: Hean Pool Eudocio Gomez Lopez		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:** **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 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 llevar a cabo la gestión integral en cuanto a los incidentes relacionados con COVID-19, se realizaron llamadas de seguimiento por el CIDCRUE a usuarios que se comunicaron en días pasados, se registró información en el gestor informativo en el área de covid 19, y se realizaron las respectivas preguntas en *relación a los signos y síntomas de dificultad* respiratoria, además de recomendaciones sanitarias, y el respectivo direccionamiento según médico regulador	Anexo 1. Listas de asistencias de seguimientos línea 123
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.	Durante las llamadas se retroalimentaron a los usuarios, frente a la sintomatología para COVID-19, Las medidas a tomar en cuenta en cuanto a aislamiento social e higiene, y los momentos en los que son necesarios acudir a un servicio de urgencias o solicitar una consulta prioritaria.	Anexo 1. Listas de asistencias de seguimientos línea 123

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.	Durante el tiempo de labor prestada, se ha realizado principalmente educación a los usuarios sobre el COVID-19, el subgrupo que representa actualmente este tipo de coronavirus, se ha explicado la variación de sintomatología que va desde la presencia de alteraciones entéricas, hepáticas, respiratorias y neurológicas.	Anexo 1. Listas de asistencias de seguimientos línea 123
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 llevó a cabo la capacitación en el sistema CIDCRUE el día 8 de abril	Anexo 2. Lista de asistencia de capacitación CIDCRUE
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.	En relación a otras actividades realizadas con base al apoyo de la contingencia para COVID-19, se realizan explicaciones sobre fisiopatología y signos de alarma durante los asesoramientos en compañía de los compañeros que se encontraban realizando asesoramientos	No aplica

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:	Sanitas EPS	Empresa:	Colpensiones	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	133.900	Suma cancelada:	171.400	Suma cancelada:	17.600
No Planilla:	*7748352881*	*No Planilla:*	*7748352881*	*No Planilla:*	*7748352881*
Mes(es) cancelado(s):	Abril 2020	Mes(es) cancelado(s):	Abril 2020	Mes(es) cancelado(s):	Abril 2020

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:*** **Hean Pool Eudocio Gomez Lopez**
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1015458703**

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 ___19.89____% 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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1015458703
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HEAN POOL EUDOCIO GOMEZ LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 25 63B - 20	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7748352881**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/04/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		609308786

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 171.400
SUBTOTAL:			1	**$ 171.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 133.900
SUBTOTAL:			1	**$ 133.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 17.600
SUBTOTAL:			1	**$ 17.600**

TOTAL PAGADO:	**$ 322.900**