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.4	Actualizado por: Essy Ximena Arévalo Revisado y Aprobado por: Pilar Alexon Contreras	

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: **SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**	**CONTRATO No.** **CO1.PCCNTR.1729834 de 2020**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 14-08-2020 Fecha de Terminación: 13-03-2021
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** **7 MESES**
CONTRATISTA: **LEIDY ROSALBA CAVIEDES FORERO**		**PRÓRROGA:** Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO** **SUBDIRECTORA DE CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**		**SUSPENSIÓN:** Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **PERIODO DEL INFORME:** **01 a 30 de octubre de 2020**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Técnicos para gestionar la respuesta sanitaria a los incidentes en salud de las Urgencias, Emergencias relacionadas con el covid-19		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 21.000.000
VALOR ADICIÓN:	$ N/A
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 4.700.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 3.000.000
SALDO POR EJECUTAR:	$ 13.300.000

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. Asistir y apoyar la gestión de los incidentes relacionados con covid-19 que ingresen al centro operativo a través de la línea 123 o a través de otro canal de comunicación, en el ejercicio de rectoría del sistema de emergencias médicas, aplicando lo definido en el procedimiento de regulación de la urgencia medica establecido para el perfil.	Desde el día 14 agosto día de inicie labores en el CRUE SEDE CHAPINERO ETB, se ha realizado las funciones de acuerdo a la asignación por parte del médico regulador la Dra. Cabana y los jefes de turno Dra. Jhoanna Torres y Walter Perdomo: he realizado funciones de Referencia contrarreferencia, como realizar las llamadas de confirmación a traslados de los pacientes aceptados en las diferentes Instituciones, También he estado en línea premier one	Durante este periodo se han realizado registros en el módulo SID CRUE para la gestión de confirmación de traslados de acuerdo a los casos que aparecen en el sistema de los incidentes relacionados que ingresaron al Centro Operativo. Se ha utilizado el usuario maparra puesto que no cuento con ID de permiso para la plataforma UCI. Y en línea he usado mi usuario de premier one mlrcaviedesf
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, interacción con Salud Pública, así como el apoyo en la elaboración de los respectivos informes y documentos técnicos, relacionados con la	Durante los turnos recibimos lineamientos para apoyar los diferentes procesos que se implementan en el CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS para dar una pronta respuesta efectiva a la ciudadanía, Se realizo acciones relacionadas con referencia y contrarreferencia	Durante este periodo se realizó esta obligación de acuerdo a la necesidad del servicio. se cuenta con ID para evidenciar los registros en el PREMIER ONE, y se cuenta con el soporte de asistencia al turno.

situación de urgencias, emergencias y desastres.	Además de actualizar el SID CRUE de acuerdo a los resultados	Registro de firma de Asistencia para cada turno, reposan en la SDS
3. Atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio.	Hasta la fecha se ha cumplido con la ejecución del contrato de acuerdo a lo que indica el medico regulador jefe de cada turno y los lineamentos que indica la Dra. Jhoanna Torres y Walter Perdomo.	Registro firma de Asistencia para cada turno, reposa en la SDS.
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 ha participado en todas las reuniones programadas para recibir explicación de los procesos de referencia y contrarreferencia y para conocer lineamientos y manejo de los espacios de la sede CRUE ETB CHAPINERO, de igual modo se creó un grupo de WhatsApp para facilitar él envió de la información y mantener enterados de cualquier situación que se presente.	Se participa en las diferentes actualizaciones que informan sobre novedades relacionadas con COVID-19. Correos electrónicos en este caso leidycaviedes-15@hotmail.com y registro vía WhatsApp. Registro de Asistencia de cada turno en el CRUE CHAPINERO.
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	Se cuenta con toda la disposición para atender y participar en todos los espacios asignados para atender la emergencia que se presenta en Bogotá. Por el COVI-19	Durante este periodo se apoyó referencia y contra referencia y llamadas a los diferentes servicios de salud para confirmación a traslados de los pacientes aceptados en las diferentes Instituciones hasta realizar la respectiva confirmación para cerrar. Se realizo apoyo en línea premier one Registro firma de Asistencia para cada turno, reposa en la SDS.

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:	Salud total	Empresa:	porvenir	Empresa:	ARL SURA
Suma cancelada:	150.000	Suma cancelada:	192.000	Suma cancelada:	29.300
No Planilla:	9410357015	No Planilla:	9410357015	No Planilla:	9410357015
Mes(es) cancelado(s):	septiembre	Mes(es) cancelado(s):	septiembre	Mes(es) cancelado(s):	septiembre

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:** **Leidy Rosalba Caviedes Forero**
	FIRMA: Leidy Caviedes
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1.023.929.292**

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 36.67 % de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO**
	FIRMA:

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** **Dr. JOSÉ OCTAVIO LÓPEZ GALLEGO**
	FIRMA:

❖ *El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.*

Anexo: Comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión.

** Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones.*

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023929292		CAVIEDES FORERO LEYDY ROSALBA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 18 H # 68 -57 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09		9410357015	I	2020/10/22			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0		$371,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0		$371,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0		$371,300
1	CC	1023929292	CAVIEDES LEYDY							X											230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS002	30	$1,200,000	$150,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,200,000	$29,300	0	$0	$0	No	$371,300
Total Afiliados(1)																							$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0		$371,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023929292		CAVIEDES FORERO LEYDY ROSALBA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 18 H # 68 -57 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09		9410357015	I	2020/10/22			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$29,300	$0	$0	$29,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				**1**	**$371,300**	**$0**	**$0**	**$371,300**

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 1023929292		CAVIEDES FORERO LEYDY ROSALBA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	leidycaviedes-15@hotmail.com	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3219353338

Clave: 9410357015

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2020/10/22	0	$0	$371,300
2020/10/23	0	$0	$371,300
2020/10/26	0	$0	$371,300
2020/10/27	0	$0	$371,300
2020/10/28	0	$0	$371,300
2020/10/29	0	$0	$371,300
2020/10/30	0	$0	$371,300
2020/11/03	0	$0	$371,300
2020/11/04	0	$0	$371,300
2020/11/05	0	$0	$371,300

Periodo Pensión: 2020-09 **Periodo Salud: 2020-09**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$192,000
PORVENIR		1	$192,000
ARL	1	1	$29,300
ARL SURA		1	$29,300
EPS	1	1	$150,000
SALUD TOTAL		1	$150,000
SUBTOTAL			$371,300
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$371,300

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas

Banco de Occidente

Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Puntos autorizados de la red Via
Monto máximo por transacción $1'000.000

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999