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.1728778 de 2020**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 13 -08-2020 Fecha de Terminación: 12-03-2021
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** **7 MESES** **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: ***SORAYA CAMPOS CANDIA***		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **SUSPENSIÓN:**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO** **SUBDIRECTORA DE CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**		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 ante los incidentes en salud de las Urgencias y Emergencias relacionados con COVID-19.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 21.000.000
VALOR ADICIÓN:	$ N/A
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 4.800.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 3.000.000
SALDO POR EJECUTAR:	$ 13.200.000

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. 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 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.	En el desarrollo de esta actividad se lleva a cabo la gestión de darle respuesta oportuna de los incidentes que ingresan a través de la línea 123 con el fin de ejecutar acciones que lleven a brindar apoyo a los llamantes.	Se realiza adjunta certificado de incidentes relacionados con la salud recibidos a través de la línea 123 con el fin de darle atención oportuna a la situación de salud referida por el llamante. Durante este periodo se dio respuesta a 164 incidentes de salud que ingresaron por medio de la 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.	Se prestó el apoyo requerido por lo cual se logró obtener respuesta ante la ubicación de cada uno de los incidentes gestionados.	Durante este periodo se inicia el proceso referencia y ubicación de los pacientes por tanto se realiza un Excel donde se evidencia la gestión realizada enfocada a cada uno de los pacientes.
3. Atender las circunstancias de modo, tiempo y *lugar para la ejecución del contrato de* conformidad con las necesidades del servicio.	Se dio cumplimiento sobre lo *establecido mediante el contrato* siguiendo indicaciones teniendo en	Se lleva control asistencia firmada en *cada uno de los turnos. Lo cual la* evidencia se encuentra en la lista de

	de trabajo, espacio lugar indicado por subdirección centro regulador de urgencias, emergencias y apoyo de seguimiento.	asistencia que reposa con la jefe del centro de regulación y urgencias.
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.	Durante este periodo participe en las reuniones establecidas, convocadas por la dirección urgencias, emergencias apoyo de diagnóstico y consulta en salud.	Retroalimentación de actualizaciones que notifica temas sobre el COVID-19. Manejo de Premier One y la consignación de incidentes en el programan y preguntas trazadoras.
5. Las demás que le sean asignadas y que sean *necesarias para atender la emergencia qué se* presenta en Bogotá D.C. por el COVID-19.	Cumplimiento de asesoría por medio de llamadas de seguimientos a casos sobre de covid-19 que ingresan a la línea 123.	Adjunta CD con certificado de ingreso *de incidentes realizados durante la* jornada laboral

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:	9410985261	No Planilla:	9410985261	No Planilla:	9410985261
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:** SORAYA CAMPOS CANDIA Soraya Campos C. **FIRMA:** **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 1023881047

	1.023.881.047

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 37,14% de ejecución del contrato.		**OTRAS OBSERVACIONES:**
SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:**	**Dra. DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ 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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023881047		CAMPOS CANDIA SORAYA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA11AESTE#55-04SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	S

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	24512385	9410985261	I	2020/10/13	2020/10/20	BANCO DE OCCIDENTE	0	$371,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$ 92,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,200,000	$ 92,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
1	CC 1023881047	CAMPOS SORAYA	23030	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
Total Afiliados(1)					$1,200,000	$ 92,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023881047		CAMPOS CANDIA SORAYA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA11AESTE#55-04SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

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	24512385	94109485261	I	2020/10/13	2020/10/20	BANCO DE OCCIDENTE	0	$371,300

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