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

| | | |
|---|---|---|
| **DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:**<br>**SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS** | **CONTRATO No.**<br>**CO1.PCCNTR.1641980** | **PERIODO DEL CONTRATO:**<br>Fecha de Inicio: 08-07-2020<br>Fecha de Terminación: 07-10-2020 |
| **ENTIDAD CONTRATANTE:**<br>**FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN:**<br>**3 MESES**<br>**PRÓRROGA: N/A** |
| **CONTRATISTA:**<br>**JESSICA VANESSA RODRIGUEZ BASTIDAS** | | Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A<br>**SUSPENSIÓN:** N/A |
| **SUPERVISOR (Nombre y cargo):**<br>**DR. LUIS ENRIQUE BELEÑO GUTIÉRREZ**<br>**SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DEL RIESGO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** | | Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A<br>**PERIODO DEL INFORME:**<br>**08 al 30 de julio de 2020** |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios de apoyo y gestionar los incidentes relacionados con COVID-19 en 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:** | $ N/A |
| **VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:** | $ 2.300.000 |
| **SALDO POR EJECUTAR:** | $ 6.700.000 |

| **ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL** | | |
|---|---|---|
| **OBLIGACIONES**<br>(Las estipuladas en la minuta del contrato) | **AVANCE ACTIVIDADES**<br>(Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación) | **EVIDENCIAS O SOPORTE**<br>(Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan) |
| 1. Asistir y apoyar la gestión integral de los incidentes relacionados con COVID-19 que ingresen al Centro Operativo a través de la Línea 123 y las demás líneas destinadas para este fin, en ejercicio de la rectoría del Sistema de Emergencias Médicas, aplicando lo definido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica establecido para el perfil. | seguimiento covid – 1, llamadas para definir la conducta | ANEXO 1: PLANILLA ASITENCIA |
| 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. | INDICACIONES MEDICAS | ANEXO 2: CERTIFICADO CRUE |
| 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. | CUADRO DE TURNOS | ANEXO 3 . CUADRO DE TURNOS |
| 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. | CAPACITACIONES DESARROLLADAS PLATAFORMA TEMS DEL 8 DE JULIO AL 13 DE JULIO | ANEXO 4 : DIAPOSITIVAS 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. | | |

**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 EPS | Empresa: | PORVENIR | Empresa: | ARL SURA |
| Suma cancelada: | $109.800 | Suma cancelada: | $140.500 | Suma cancelada: | $21.400 |
| No Planilla: | 1031332486 | No Planilla: | 1031332486 | No Planilla: | 1031332486 |
| Mes(es) cancelado(s): | JUNIO | Mes(es) cancelado(s): | JUNIO | Mes(es) cancelado(s): | JUNIO |

**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: JESSICA VANESSA RODRIGUEZ BASTIDAS** |
| | **FIRMA:** Jessica Vanessa Rodriguez Bastidas |
| | **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** **1010215284** |

**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 25.56 % de ejecución del contrato. | **OTRAS OBSERVACIONES:** |

| | |
|---|---|
| **SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO:** **DR. LUIS ENRIQUE BELEÑO GUTIÉRREZ** |
| | **FIRMA:** |

| | |
|---|---|
| **REVISÓ** | **NOMBRE Y APELLIDO:** **DRA. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO** |
| | **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.

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

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple

**Fecha creación reporte** 2020-07-22, 06:20:25 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1031332486 **Referencia pago(PIN)** 8820750900

**Periodo Cotización** 202006 **Periodo Servicio** 202006

## PAGADA 2020-07-21 08:57:59.0

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JESSICA VANESSA RODRIGUEZ BASTIDAS | | | | |
| **Documento** | CC 1010215284 | **Dirección** | CLL 58 SUR N 19-60 ESTE | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3112038014 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| Documento | CC 1010215284 | | Residente | | Exonerado | N | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | RODRIGUEZ BASTIDAS JESSICA VANESSA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Dias AFP | Dias EPS | Dias ARL | Dias CCF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 |

| Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS |
| | | $ 877,803 | 230301 | | 16 % | $ 877,803 | $ 140,500 | $ 0 | $ 0 |

| Salud | | | | | | Riesgos | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos |
| EPS002 | | 12.5 % | $ 877,803 | $ 109,800 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2.436 % | $ 877,803 | $ 21,400 |

| Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| NINGC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | SALUD TOTAL EPS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 140,500 | $ 0 | $ 0 | $ 109,800 | $ 21,400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 271,700 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 60 - Bucaramanga: 643 60 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!