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. 1733438	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 24-08-2020 Fecha de Terminación: 23-03-2021
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** **7 MESES** **PRÓRROGA: N/A**
CONTRATISTA: **JENNIFER ANDREA ALEJANDRA PUERTA CUTIVA**		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **SUSPENSIÓN:** N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **Dra. 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:** **24 a 30 de agosto 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:	$ 0,00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 700.000
SALDO POR EJECUTAR:	$ 20.300.000

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 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 en el perfil.	Se realiza gestión en el correo ref.UCICOVID@saludcapital.gov.co, donde se revisa y se ingresa la información, donde cada caso se comenta a los médicos reguladores de la sala (Dr. Neffer Castro quien da el direccionamiento del manejo que se debe hacer con cada uno de los casos. Se cumple con el horario laboral, sin alguna novedad. Se aclara que el presente informe comprende el periodo del 25 al 26 de agosto.	SE ANEXA ASISTENCIA DE LAS FECHAS COMPRENDIDAS, E INFORME DE EVIDENCIAS. CARPETA 1.
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.	Antes de dar respuesta a los correos, se hace consulta al médico regulador, para que brinde las recomendaciones o el proceso a seguir, teniendo en cuenta la situación del paciente o de la Institución de Salud, dejando por escrito las recomendaciones generales, y teniendo en cuenta el objeto del contrato.	SE ANEXA ASISTENCIA DE LAS FECHAS COMPRENDIDAS, E INFORME DE EVIDENCIAS. CARPETA 2.
3. Atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades de	Atendiendo al acta de inicio, hasta la fecha se ha cumplido con el horario laboral, según el turno asignado el cual es de 7:00 p.m. a 7:00 a.m., atendiendo al objeto del contrato, también se acata las	SE ANEXA ASISTENCIA DE LAS FECHAS COMPRENDIDAS, E INFORME DE EVIDENCIAS. CARPETA 3.

del servicio.	las ordenes de asumir el horario en la sede de la ETB CHAPINERO.	
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.		
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:	SANITAS	Empresa:	PORVENIR	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	$109.800	Suma cancelada:	$140.500	Suma cancelada:	$21.400
No Planilla:	8344098445	No Planilla:	8344098445	No Planilla:	8344098445
Mes(es) cancelado(s):	JULIO	Mes(es) cancelado(s):	JULIO	Mes(es) cancelado(s):	JULIO

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:	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):	CD

CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS:** **JENNIFER ANDREA ALEJANDRA PUERTA CUTIVA**
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1010019892 DE BOGOTA**

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 3.33 % de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO: Dra. Diana Constanza Rodriguez Posso**
	FIRMA:
REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO: Dr. Jose Octavio López Gallego**
	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 operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JENNIFER ANDREA ALEJANDRA PUERTA CUTIVA
No. Identificación: CC1010019892
Dirección: TRANSVERSAL 74 A NO 43-60 SUR INTERIOR
Telefono: 3218242572
Correo: alejandrapuerta@live.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8344098445

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JENNIFER ANDREA ALEJANDRA PUERTA CUTIVA
Tipo y número de identificación	CC1010019892
Número de planilla	8344098445
Fecha pago	2020-07-15
Número de autorización pago	46194835
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2020
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	271700
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21400	1
230301	Porvenir	140500	1
EPS005	Sanitas EPS	109800	1

PAGADA 8344098445

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1010019892
APELLIDOS Y NOMBRES: JENNIFER ANDREA ALEJANDRA PUERTA CUTIVA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	877803	877803	877803	0	109800	0	140500	0	21400	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información