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.1731762	**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** **PRÓRROGA: N/A**
CONTRATISTA: MONICA ROCIO CORTES OROZCO		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **SUSPENSIÓN:** N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO** **Subdirector Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud**		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **PERIODO DEL INFORME:** **14 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
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$1.700.000
SALDO POR EJECUTAR:	$ 19.3000.000

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.	Se realiza actividades asignadas en área de Referencia, revisión de correo referencia Crue, validación con médico regulador e ingreso al aplicativo de pacientes con requerimiento de traslado a mayor nivel de complejidad según especialidad o servicio requerido, se realiza gestión vía correo y vía telefónica con IPS que oferten los servicios para ubicación de los pacientes. Se realiza gestión, ingreso de novedades reportadas por cada una de las IPS, en cuanto a Disponibilidad de camas, ocupación, emergencia funcional o sobrecupo, daños en equipos médicos, según sea el caso. Se realiza apoyo al área de Referencia UCIS, comentando pacientes con requerimiento de servicio UCI según decreto 580 de 2020. Envío de correo a instituciones que reportan disponibilidad en el servicio.	Las actividades realizadas en cada uno de los pacientes se ingresan al aplicativo DUES con el usuario mrcortes. Se ingresan novedades de IPS, seguimiento a pacientes, cierres de casos.
2. Realizar las acciones de apoyo, que permitan la respuesta ante situaciones de	Se realizan las actividades encargadas en área de Referencia del CRUE, en la validación de correos, respuesta a correo, apoyo y gestión de	Se ingresan gestiones respectivas al sistema SIDCRUE con el usuario asignado mrcortes.

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.	remisión de pacientes, según especialidad y servicio requerido. Se realiza validación de los casos de pacientes con solicitud de asignación de ambulancia y validación de llegada al destino referido. Apoyo en área de referencia Ucis, comentando presentando pacientes vía correo electrónico en IPS con disponibilidad de servicio, ingreso seguimiento y validación de traslado con empresa de ambulancias.	
3. Atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio	Se cumplieron las condiciones para la ejecución del contrato en circunstancias de modo, tiempo y lugar indicadas por la Subdirección de urgencias y Emergencias. Durante los turnos del mes de Agosto 2020, cumplí con el horario y turno asignado	Se realiza respectiva gestión a las actividades encomendadas por el jefe de turno y de igual manera quedan ingresadas al aplicativo SIDCRUE con los usuario asignado.
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 el mes de Agosto de 2020, no fui Convocada a ninguna reunión.	No se convocaron reuniones durante este mes
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.	Durante el mes de Agosto no se realizaron Actividades diferentes a las anteriormente relacionadas.	Durante el mes de Agosto no se realizaron actividades diferentes a las anteriormente relacionadas.

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:	SURA	Empresa:	PROTECCION	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	$109.800	Suma cancelada:	$140.500	Suma cancelada:	$21.400
No Planilla:	8990549100	No Planilla:	8990549100	No Planilla:	8990549100
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:		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):	

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN	
CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: MONICA ROCIO CORTES OROZCO
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.014.212.525

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 8.10% de ejecución del contrato.	OTRAS OBSERVACIONES:
SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO
	FIRMA:

REVISÓ	NOMBRE Y APELLIDO: : JOSE OCTAVIO LOPEZ 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.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-07-22, 05:21:04 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 8936849270 **Referencia pago(PIN)** 8990549100

Periodo Cotización 202007 **Periodo Servicio** 202007

Cliente:

PAGADA 2020-07-22

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MONICA ROCIO CORTES OROZCO				
Documento	CC 1014212525	**Dirección**	CLL 88 95 C 44		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6048749		
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 1014212525						**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00	Residente		Exonerado	N	CORTES OROZCO MONICA ROCIO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																										Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	ISC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	ISC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	ISC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X						X									0	30	30	30	0				230201		16 %	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	EPS010		12.5 %	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	14-11	3	2.436 %	$ 877.803	$ 21.400	NIN-CC	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
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.700

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.