ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARIA 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.1642649 de 2020	PERIODO DEL CONTRATO: Fecha de Inicio: 08-07-2020 Fecha de Terminación: 07-10-2020
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES PRÓRROGA: 3 meses
CONTRATISTA: Cindy Natalia Gómez Romero		Fecha de Inicio: 08-10-2020 Fecha de Terminación: 07-01-2021 SUSPENSIÓN:
SUPERVISOR (Nombre y cargo): Dr. LUIS ENRIQUE BELEÑO GUTIERREZ SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DEL RIESGO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A PERIODO DEL INFORME: 01 a 30 de Diciembre 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:	$9.000.000
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$14.100.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$2.800.000
SALDO POR EJECUTAR:	$1.100.000

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 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.	Apoyo a cada incidente ingresado por la aplicación primer one, con el fin de dar solución a la necesidad del llamante.	Certificado de ingreso de llamadas de la aplicación primer one.
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.	Apoyo con otras redes según la necesidad del llamante y el entorno en que este la persona.	Certificado de ingreso de llamadas de la aplicación primer one.
3.Atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio	Brindar La información y el adecuado según la necesidad del llamante en el menor tiempo posible.	Certificado de ingreso de llamadas de la aplicación primer one.
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	Orientación la clínica de Atención, con el fin de conocer todo lo relacionado a Covid -19	Certificado de ingreso a la charla de la clínica de Atención.

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.	Incidentes relacionados con COVID 19, como brindar información sobre los síntomas y métodos de protección o tomas de muestra para COVID 19	Certificado de registro de carrito Amed.

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:	FAMISANAR	Empresa:	PROTECCION	Empresa:	ARL SURA
Suma cancelada:	150.000	Suma cancelada:	192.000	Suma cancelada:	29.300
No Planilla:	8347179127	No Planilla:	8347179127	No Planilla:	8347179127
Mes(es) cancelado(s):	NOVIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	NOVIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	NOVIEMBRE

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:** Cindy Natalia Gómez Romero
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1020760635

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 96,11 %de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**
SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** Dr. LUIS ENRIQUE BELEÑO GUTIERREZ
	FIRMA:

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** **Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO** **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 96,11% de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones.*

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CINDY NATALIA GOMEZ ROMERO
No. Identificación: CC1020760635
Dirección: CL 86 C BIS # 15 69 INT 1 APT 104
Telefono: 3144430480
Correo: n0315j@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8347179127

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CINDY NATALIA GOMEZ ROMERO
Tipo y número de identificación	CC1020760635
Número de planilla	8347179127
Fecha pago	2020-12-09
Número de autorización pago	53227456
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2020
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	371300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	29300	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	192000	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	150000	1

8347179127

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1020760635
APELLIDOS Y NOMBRES: CINDY NATALIA GOMEZ ROMERO

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
EPS017	230201	1200000	1200000	1200000	0	150000	0	192000	0	29300	0

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