



**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. 1652457	PERIODO DEL CONTRATO: Fecha de Inicio: 8- Julio - 2020 Fecha de Terminación: 7 - Octubre - 2020
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 meses PRÓRROGA: N/A
CONTRATISTA: David Alejandro Castillo Rodríguez		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A SUSPENSIÓN: N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): DR. LUIS ENRIQUE BELEÑO GUTIÉRREZ SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DEL RIESGO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A PERIODO DEL INFORME: 01 al 30 de Septiembre
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:	\$5.300.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$3.000.000
SALDO POR EJECUTAR:	\$700.000

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, 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.	Las fechas 22-08-2020 al 22-09-2020 Realice seguimiento telefónico y asesoría a ciudadanos que activaron la línea 123 por temas relacionados al covid-19.	Se adjunta registro emitido por plataforma de SIDCRUE
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.	Por direccionamiento de los Médicos reguladores realice asesoría y direccionamiento a ciudadanos en situación de Urgencias, Emergencias y Desastres así mismo se realizaron los respectivos informes, cumpliendo con lo asignado.	Se adjunta evidencia emitida por plataforma SIDCRUE y listado de asistencia.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p align="center">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</p>	<p>Actualizado por: Essy Ximena Arévalo Revisado y Aprobado por: Pilar Alexon Contreras</p>	
---	--	---	---

3. atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio.	Asistí los días desde el 22-08-2020 al 22-09-2020, siguiendo el direccionamiento de necesidad del servicio.	Adjunto planilla de asistencia.
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.	Mantuve disposición para realizar capacitaciones durante el contrato	Adjunto planilla de asistencia
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.	Me presente los días 22-08-2020 al 22-09-2020, Realice recepción de llamadas y asesoría a ciudadanos en situación de Urgencias, Emergencias y Desastres así mismo se realizaron los respectivos informes, cumpliendo con lo asignado.	Adjunto planilla de asistencia

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

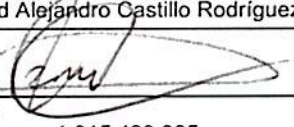
Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado:

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.

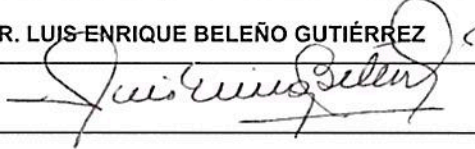
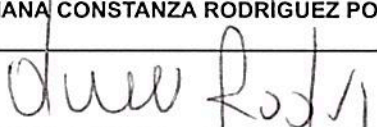
INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	Compensar EPS	Empresa:	Protección (ING + Protección)	Empresa:	ARL vida Colpatría sa.
Suma cancelada:	\$150.000	Suma cancelada:	\$192.000	Suma cancelada:	29.300
No Planilla:	45215472 45435593	No Planilla:	45215472 45435593	No Planilla:	45215472 45435593
Mes(es) cancelado(s):	Agosto 2020	Mes(es) cancelado(s):	Agosto 2020	Mes(es) cancelado(s):	Agosto 2020

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, SIAS, 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):
CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: David Alejandro Castillo Rodríguez	
	FIRMA: 	
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.015.429.385	

 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	
--	---	--	---

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 <u>92,22</u> % 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: 

❖ El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.

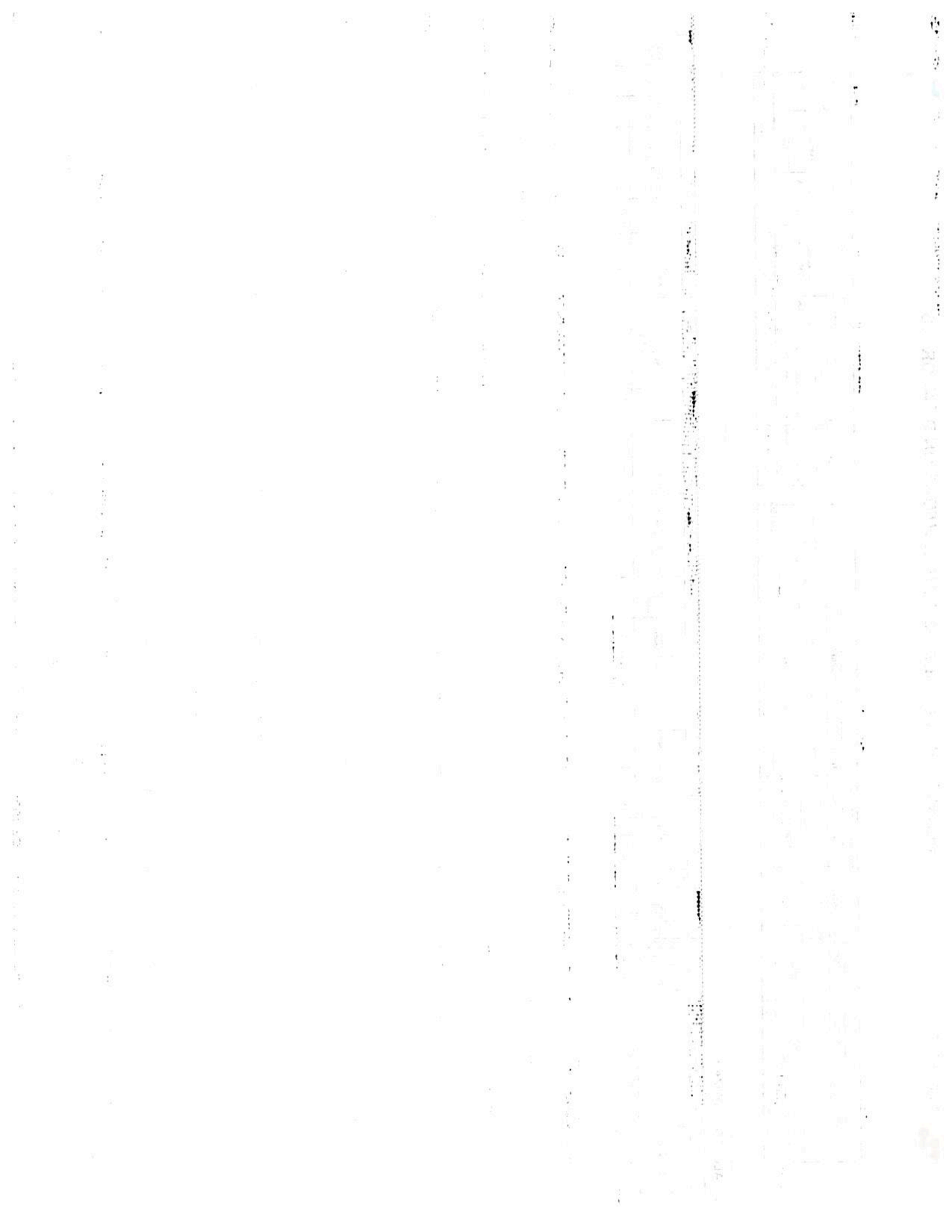
Anexo: Comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión.

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

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	1015420385	DAVID ALEJANDRO CASTILLO RODRIGUEZ		Cra 79 N 19 88 Torre 2 Aptel 1209	2094956	cdanbur@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL		CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente				BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLEADOS
2020-08	2020-08	I	06/09/2020	45215472	1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$272.500

DETALLE POR COTIZANTE[illegible]



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1015420335	DAVID ALEJANDRO CASTILLO RODRIGUEZ	Gra 79 N 19 88 Torre 2 Apart 1209	2098955	cibendar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPL. PAGOS	UPC
PERIODO SALUD			PERIODO PENSIONES		1	0
2020-08	2020-08	1	2020-08	45215472	TOTAL A PAGAR \$272.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre*	NIT	Coltización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora UPC	Valor Mora Coltización	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EP-0003	Compensar EPS	860066942-7	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NT	Colización Obligatoria	Aporta Voluntario Afiliado	Aporta Voluntario Aportante	Aporta FSP - Solidaridad	Aporta FSP - Subsistencia	Días Mora Colización	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (ING + Protección)											
		800229739-0	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Reducido Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Cobatria S.A.	B600002183-9	4,500				4,500	0	0	4,500			46	4,500	1

TOTALES CAJAS

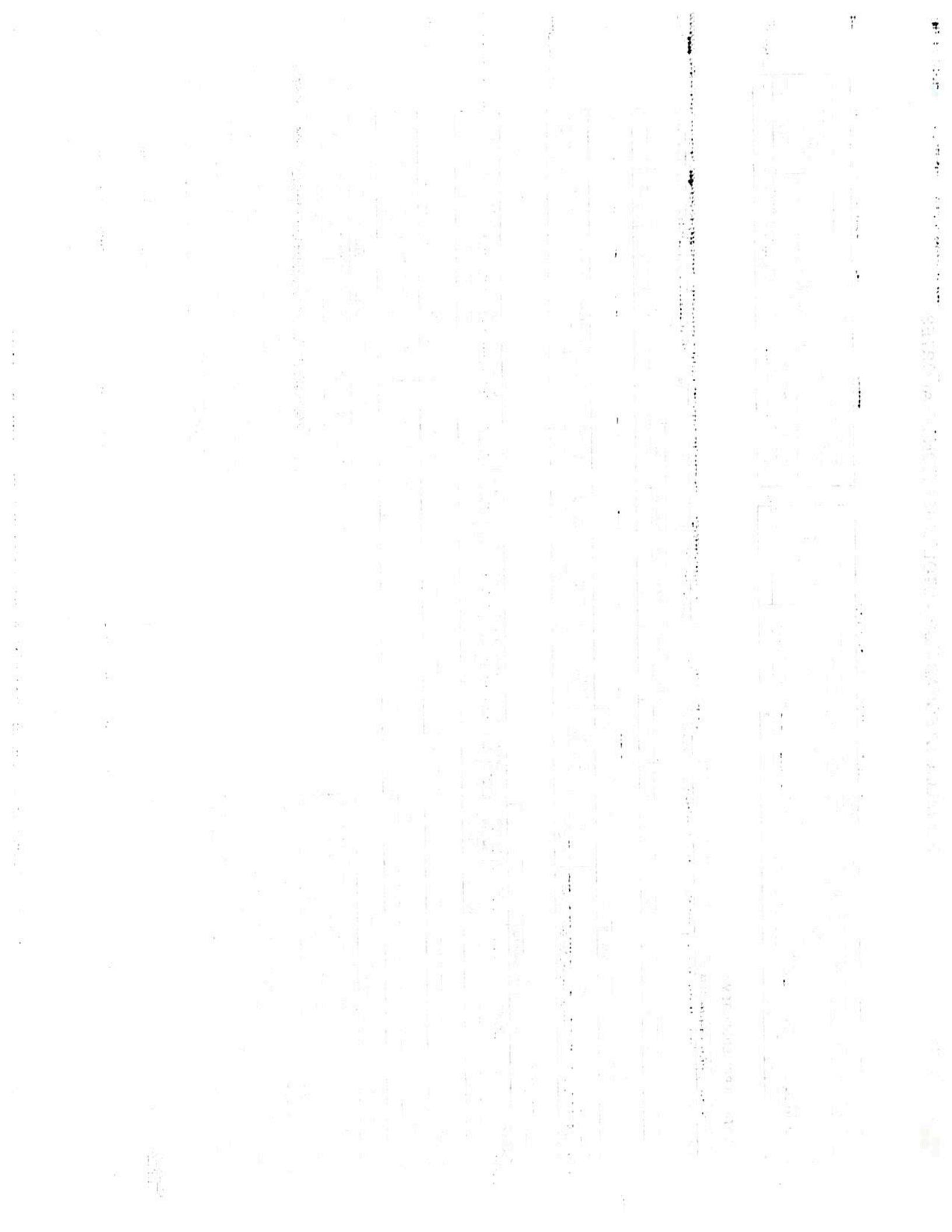
TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	MIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
CCF24	Compensar Caja	85006942-7	17.600	0	0	17.600
						1

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IPR y More	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Respos Laborales	1	4.600	4.600
CCF	1	17.600	17.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	272.500	272.500

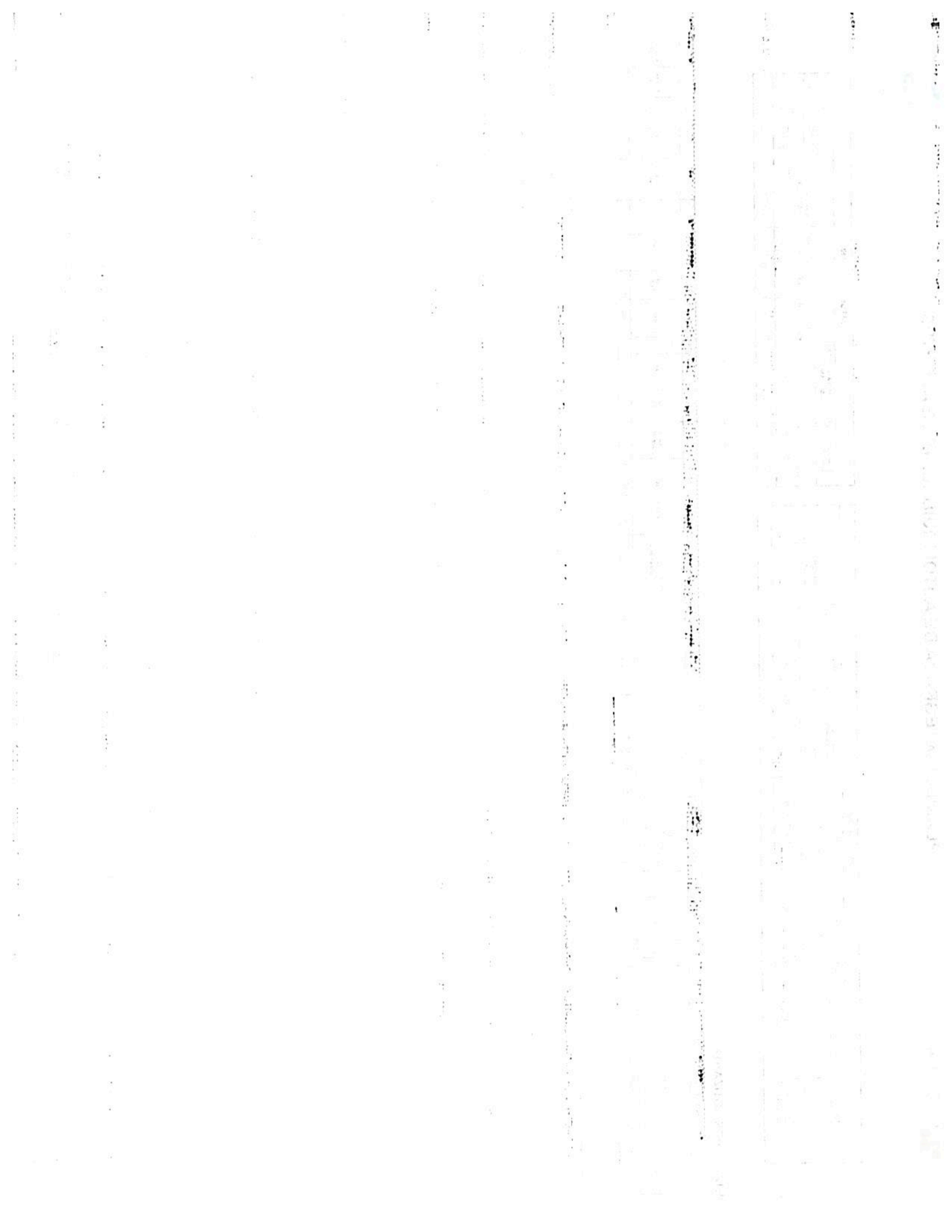


DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
		DAVID ALEJANDRO CASTILLO RODRIGUEZ	CÓDIGO				
ÚNICA	I - Independiente				BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
45715472	09/09/2020				UPC	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	
2020-08	2020-08	N	17/09/2020	45-155593	0	
					TOTAL A PAGAR	\$122.800

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]



TIPO		DATOS DEL APORTANTE					EXONERADO PAGO PAQUETES Y SALUD	
FORMA PRESENTACIÓN	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO			
					CIUDAD / MUNICIPIO			
CC	10154203985	DAVID ALEJANDRO CASTILLO RODRIGUEZ	Cra 79 N 19 85 Torre 2 Apert 1209	2088956	cibendior@gmail.com			
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO			
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.			

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
45215472	08/09/2020				EMPLEADOS
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
2020-08	2020-08	N	17/09/2020	45435593	\$122,800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Colectación Obligatoria
EPS008	Comensal EPS	860065042-7	40.2000

Código EPS	Nombre	MT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor			
EPS008	Compensar EPS	86006942-7	40.200	0		0	0	0	0	40.200	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSIÓN			
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	51.500

Código AFP	Nombre	MT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Protección)	800229739-0	51,500	0	0	0	0	0	0		51,500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	MIT	Colización Obligatoria
14-4	Vida Colibrí S.A.	860000181-0	24.700

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatorio	Valor									
14-4	Vida Colpatia S.A.	650002183-9	24.700			24.700	0	0	24.700		247	24.700	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS			
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporta
CCF24	Compensar Caja	850066942-7	6.400

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aports	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860065942-7	6.400	0	0	6.400	1

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES					No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar		
SENA					
0	0	0	0	0	0
ICBF					
0	0	0	0	0	0
ESAP					
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Rora	Total a Pagar
Salud	1	40.200	40.200
Pensión	1	51.500	51.500
Riesgos Laborales	1	24.700	24.700
CCF	1	6.400	6.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SEMA	0	0	0
TOTALES	4	122.800	122.800

