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.1653836**	**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: N/A**
CONTRATISTA: **JULIO CESAR SANTIAGO MOORE**		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **SUSPENSIÓN:** N/A
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 agosto 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:	$ 2300000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$3000000
SALDO POR EJECUTAR:	$3700000

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 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.	**Gestionar el caso del paciente (COVID 19) ya sea fase 1 y /o fase 2, y según la información brindada por el mismo se genera seguimiento**	**Se anexa evidencia en documento impreso y DVD por medio de los números de incidentes , se incluye listado de asistencia e ingreso a la página de DUES**
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.	**Se gestionaron toda clase de incidentes según su urgencia por medio de premier one**	**Se anexa evidencia en documento impreso y DVD por medio de los números de incidentes , incluye listado de asistencia e ingreso a la página de DUES**
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.	**Se ingresa a premier one , norte o sur , según la necesidad por orden del jefe y medico regulador**	**Se anexa evidencia en documento impreso y DVD por medio de los números de incidentes , incluye listado de asistencia e ingreso a la página de DUES**
	Se asiste al curso de premier 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 Emergencias en Salud.	**los días 12, 13, 14,18 y 19 de agosto de 2020**	**Se evidencia con listado 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.	**No se realizaron más funciones por requerimiento de premier one y orden del jefe inmediato**	**Verificar en evidencias anteriores**

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:	Protección	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	115000	Suma cancelada:	147200	Suma cancelada:	22500
No Planilla:	18599325	No Planilla:	18599325	No Planilla:	18599325
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:	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: JULIO CESAR SANTIAGO MOORE**
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 79950179

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 58,89% 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:

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.*

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	JULIO SANTIAGO
IDENTIFICACION:	CC-79950179
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-09-16
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-08-21
FECHA DE PAGO:	2020-08-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2020-07
PERIODO SALUD:	2020-07
NUMERO PLANILLA:	18599325
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	18599325
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 920.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 115.000	$ 115.000
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 920.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 147.200	$ 147.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 920.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 22.500	$ 22.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 284.700	$ 284.700

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/09/2020