| | | | |
|---|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE SALUD | SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL<br>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS<br>Código: SDS-CON-FT-014 V.3 | Elaborado por: Jairo Armando Moreno<br>Revisado y Aprobado por: Andrea Pedroza Molina | |

| | | |
|---|---|---|
| **DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:**<br>**SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS** | **CONTRATO No.**<br>CO1.PCCNTR.1498212 | **PERIODO DEL CONTRATO:**<br>Fecha de Inicio: 15-04-2020<br>Fecha de Terminación: 14-07-2020 |
| **ENTIDAD CONTRATANTE:**<br>**FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES**<br>**PRÓRROGA: N/A** |
| **CONTRATISTA: Briyite Paola Pardo Gutiérrez** | | Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A<br>**SUSPENSIÓN:** N/A |
| **SUPERVISOR (Nombre y cargo):**<br>**Diana Constanza Rodríguez Posso**<br>**Subdirectora Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud** | | Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A<br>**PERIODO DEL INFORME:**<br>**1 a 30 de Mayo de 2020** |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios de apoyo y gestionar los eventos relacionados con COVID-19 para el 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:** | $1.600.000 |
| **VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:** | $3.000.000 |
| **SALDO POR EJECUTAR:** | $4.400.000 |

| **ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL** | | |
|---|---|---|
| **OBLIGACIONES**<br>(Las estipuladas en la minuta del contrato) | **AVANCE ACTIVIDADES**<br>(Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación) | **EVIDENCIAS O SOPORTE**<br>(Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan) |
| 1. Realizar la gestión integral 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. | Para el desarrollo de esta actividad se realizaron 151 registros en el sistema SIDCRUE con el usuario **bppardo** para la gestión integral de los incidentes relacionados con COVID-19 que ingresaron 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 adjunta certificación de incidentes o registros en CD, archivo "registros mayo" |
| 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. | Para el desarrollo de esta únicamente se realizaron llamadas de seguimiento, que ayuda con apoyo en la elaboración de los respectivos informes y documentos técnicos relacionados con la situación de Urgencias, Emergencia y Desastre. | Para esta evidencia solo se recepción llamadas y se deja reporte de los incidentes realizados en CD "Incidentes rellamadas mayo". |
| 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 cumplieron las condiciones para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio atendido a las circunstancias de modo, tiempo y lugar. | Se adjunta certificación de asistencia en CD, "asistencias mayo" |
| 4. Participar en las diferentes orientaciones y reuniones, que sean convocadas por la Dirección Urgencias y | Para este registro no se reportaron orientaciones ni capacitaciones. | No hay producto para mostrar |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | No se asignaron tareas adicionales que son necesarias para atender la emergencia que se presenta en Bogotá D.C. por el COVID-19. | No hay producto para mostrar |

**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: | Compensar | Empresa: | Protección | Empresa: | Sura |
| Suma cancelada: | $80.000 | Suma cancelada: | $19.200 | Suma cancelada: | $15.600 |
| No Planilla: | 42497022 | No Planilla: | 42497022 | No Planilla: | 42497022 |
| Mes(es) cancelado(s): | Abril | Mes(es) cancelado(s): | Abril | Mes(es) cancelado(s): | Abril |

**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): | |

| | |
|---|---|
| **CONTRATISTA** | **NOMBRES Y APELLIDOS:**<br>Briyite Paola Pardo Gutiérrez |
| | **FIRMA:**<br>Briyite P. Pardo G. |
| | **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**<br>1.019.067.144 de Bogotá |

**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 51.11_% de ejecución del contrato. | **OTRAS OBSERVACIONES:** |
| **SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO:**<br>**DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO**<br>**FIRMA:** |

| | |
|---|---|
| **REVISÓ** | **NOMBRE Y APELLIDO:**<br>**YANIDIS PINILLA ARMENTA**<br>**FIRMA:** YS - CT - |

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

Pago planilla mes de Abril 2020
Independiente.



# Planillas / Resumen de pago

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | BRIYITE PAOLA PARDO GUTIERREZ | **Nit:** | 1019067144 |
| **Tipo planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones** | Abril 2020 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | Abril 2020 |
| **Número de radicación:** | 42497022 | **Total a pagar:** | $127,600 |
| **Fecha de vencimiento:** | 31/05/2020 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de pago:** | 12/05/2020 | **Número de administradoras:** | 4 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de pago:** | Pago Electronico por PSE |
| **Banco:** | BANCOLOMBIA | **Número de aprobación:** | 623526608 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

## Totales

| Código | NIT | Administradoras | No. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | | $0.00 | $15,600 |
| 230201 | 800229739 | Proteccion (ING + Proteccion) | 1 | | $0.00 | $19,200 |
| CCF24 | 860066942 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 1 | | $0.00 | $12,800 |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS | 1 | | $0.00 | $80,000 |
| | | | | | | **$127,600** |

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/
Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente certicámara.

Acerca de los certificados SSL

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 005-1

Powered by Cenet Edinet