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: **SUBDIRECCION CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**	**CONTRATO No.** **CO1.PCCNTR.1748771 DE 2020**	**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:**
CONTRATISTA: **CELIA JULIETH CRUZ SOTO**		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **SUSPENSIÓN:**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **Dra. DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO SUBDIRECTORA DE CENTRO REGULADOR DE URGENICAS Y EMERGENCIAS**		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 técnicos para gestionar la respuesta sanitaria ante los incidentes de salud en 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:	$ 10.700.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$3.000.000
SALDO POR EJECUTAR:	$7.300.000

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 el COVID-19 que ingresen al Centro Operativo a través de la línea 123 o a traves de los otros canales de comunicación , en el ejercicio de rectoría del Sistema de Emergencias Medicas, aplicando lo definido en el procedimiento de regulación de la urgencia Medica establecido para el perfil.	Desde el día 15 de Agosto hasta la fecha se inició apoyando referencia y contra referencia, donde se realizó los respectivos seguimientos a pacientes con remisión a la UCI-COVID y NO COVID registrados en la plataforma SIDCRUE según lo establece el decreto 538 de 2020, igualmente todas las novedades que presentaron cada uno de los pacientes se iban actualizando en las respectivas bases de datos, en la plataforma de SIDCRUE y en correo electrónico según categorías, de igual manera se apoyó gestionando la programación de ambulancias para los respectivos traslados de los pacientes, dichas funciones se realizaron con el fin de ejecutar adecuadamente las obligaciones estipuladas en el contrato y cumplir con los objetivos propuestos.	Se gestionaron 373 Registros en el módulo de Referencia UCI, Cabe aclarar que cada uno de los incidentes que gestioneen el módulo de referencia se encuentran identificados tanto en seguimientos en la plataforma SIDCRUE y en correo electrónico con el nombre *TARM: cjcruz* y el nombre del médico regulador de turno Se adjunta CD con las respectivas evidencias
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	Gestione incidentes en PREMIER ONE teniendo en cuenta los lineamientos de regulación medica estipulados por la SDS. Las funciones nombradas anteriormente dan cumplimiento al objetivo, la respuesta a las situaciones de urgencias y emergencias que se	Se gestionaron incidentes en PREMIER ONE teniendo en cuenta los lineamientos de regulación medica estipulados por la SDS, con el nombre TARM: cjcruzsoto

documentos técnicos relacionados con la situación de Urgencias, Emergencia y Desastre	presentaron en premier one con la respuesta oportuna a los incidentes que entraron a la línea 123	
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 para la subdirección centro regulador de urgencias y emergencias.	Se asiste al centro operativo del CRUE de chapinero para el desarrollo de las obligaciones contractuales, la evidencia reposa con el Jefe de Centro Regulador de Emergencias
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.	Cumplí con las condiciones establecidas para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar.	Asistí oportunamente al Centro Operativo del CRUE en la sede de ETB - Chapinero para el desarrollo de las obligaciones contractuales. Se adjunta CD con las respectivas evidencias
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.	Brindar asesoría por medio de llamadas de seguimiento sobre el COVID-19 que ingresan a la línea 123, al igual que la recepción de llamadas que se reciben del NUSE y envio del recurso si asi lo necesitara	Adjunta cd con el archivo "REPORTE SIDCRUE"

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:	PORVENIR	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	150.000	Suma cancelada:	192.000	Suma cancelada:	29.300
No Planilla:	9412975139	No Planilla:	9412975139	No Planilla:	9412975139
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:** **CELIA JULIETH CRUZ SOTO**
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1,024,492,014**

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 especificas, 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 ___65,24___% de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **Dra. DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO**
	FIRMA:

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** **Dr. JOSE OCTAVIO LOPEZ GALLEGO**
	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 GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024492014		CRUZ SOTO CELIA JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 68B SUR 38-23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	1000001683	9412975139	I	2020/12/03	2020/12/10	BANCO BOGOTA	0	$371,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,200,000**	**$192,000**			**$1,200,000**	**$150,000**			**$0**	**$0**			**$1,200,000**	**$29,300**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,200,000**	**$192,000**			**$1,200,000**	**$150,000**			**$0**	**$0**			**$1,200,000**	**$29,300**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,200,000**	**$192,000**			**$1,200,000**	**$150,000**			**$0**	**$0**			**$1,200,000**	**$29,300**		**$0**	**$0**
1	CC	1024492014	CRUZ CELIA	230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS005	30	$1,200,000	$150,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,200,000	$29,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,200,000**	**$192,000**			**$1,200,000**	**$150,000**			**$0**	**$0**			**$1,200,000**	**$29,300**		**$0**	**$0**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024492014		CRUZ SOTO CELIA JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 68B SUR 38-23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	1000001683	9412975139	I	2020/12/03	2020/12/10	BANCO BOGOTA	0	$371,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$29,300	$0	$0	$29,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				**1**	**$371,300**	**$0**	**$0**	**$371,300**