| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. 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<br>SDS – FFDS<br>Código: SDS-CON-FT-014 V.4 | Actualizado por: Essy Ximena Arévalo<br>Revisado y Aprobado por: Pilar Alexon Contreras | |
|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:**<br>**SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS** | **CONTRATO No.**<br>**CO1.PCCNTR.1652264** | **PERIODO DEL CONTRATO:**<br>Fecha de Inicio: 08-07-2020<br>Fecha de Terminación: 07-10-2020 |
| **ENTIDAD CONTRATANTE:**<br>**FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES**<br>**PRÓRROGA: 3 MESES** |
| **CONTRATISTA:**<br>**LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA** | | Fecha de Inicio: 8-10-2020<br>Fecha de Terminación: 7-01-2021<br>**SUSPENSIÓN:** N/A |
| **SUPERVISOR (Nombre y cargo):**<br>**Dr. LUIS ENRIQUE BELEÑO GUTIERREZ**<br>**SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DEL RIESGO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** | | Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A<br>**PERIODO DEL INFORME:**<br>**01 al 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:** | $ 14.300.000 |
| **VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:** | $ 3.000.000 |
| **SALDO POR EJECUTAR:** | $ 700.000 |

| **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. 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. | Se han realizado los seguimientos a incidentes pendientes por resolver por medio de llamadas a los pacientes de acuerdo al cronograma. Las instalaciones definidos por centro regulador de los médicos reguladores según corresponda. | Durante este periodo se han realizado 254 registros en el módulo SID CRUE para la gestión de los incidentes relacionados con COVID-19, que ingresaron al Centro Operativo por la línea 123 y por las páginas WEB con el ID a lcuervo6 se adjunta certificado descargado de la plataforma con el archivo "REPORTE SIDCRUE" se adjunta en CD anexo 1 |
| 2. Realizar las acciones de apoyo, que permitan la respuesta ante situaciones de Urgencias, Emergencias y Desastres, incluyendo la activación de la cadena de | Durante los turnos recibimos lineamientos para apoyar los diferentes procesos que se implementan en el CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS para dar una pronta respuesta efectiva a la ciudadanía por casos | Durante este periodo se realizaron 166 de los incidentes relacionados con COVID-19, que ingresaron al Centro Operativo por la línea 123 ID MLMCUERVO en el PREIMIER ONE Adjunto en el cd evidencia anexo 1 |

| | | |
|---|---|---|
| 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 | que ingresan a la línea de urgencias y emergencias, y además la recepción de llamadas que ingresan desde el C 4 | |
| 3. Atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio | Hasta la fecha se ha cumplido con la ejecución del contrato de acuerdo a lo que indica el medico regulador y jede de cada turno en las instalaciones según corresponda | Registro de firma de Asistencia para cada turno, reposan en la SDS.<br><br>Adjunto en el cd evidencia anexo 3 hoja de asistencia a turnos |
| 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. | Se tuvieron en cuenta cada una de las orientaciones y direccionamiento que nos daban los médicos y reguladores de turno ETB.<br>Se asistió a la charla virtual CLÍNICA DE ATENCIÓN. | Se participa en las diferentes actualizaciones que informan sobre novedades relacionadas con COVID 19. y las demás funciones por medio de correo electrónico leidymilenakatherine@gmail.com<br>Adjunto en el cd evidencia anexo 4 |
| 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. | Se cuenta con toda la disposición para atender y participar en todos los espacios asignados para atender la emergencia que se presenta en Bogotá. Por el COVI-19 | No fueron asignadas otras funciones diferentes. |

**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 | Empresa: | Col pensiones | Empresa: | Sura |
| Suma cancelada: | $150.000 | Suma cancelada: | $192.000 | Suma cancelada: | $29.300 |
| No Planilla: | 46834469 | No Planilla: | 46834469 | No Planilla: | 46834469 |
| Mes(es) cancelado(s): | NOVIEMBRE/ 2020 | Mes(es) cancelado(s): | NOVIEMBRE/ 2020 | Mes(es) cancelado(s): | NOVIEMBRE/ 2020 |

**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: LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA** |
| | **FIRMA:** |
| | **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1032450697** |

| **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 RODRIGUEZ 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.*

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **LEIDYMILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA**, identificada con **CC** número **1032450697**, aportó por el empleado **LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA** identificado(a) con **CC** número **1032450697** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 11 - 2020 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECCIÓN | DIAS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,200,000 | 0.16000 | $192,000 | $0 | $0 | Noviembre - 2020 | 46834469 | 24/11/2020 | No |
| 14-11 | ARL SURA | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,200,000 | 0.02436 | $29,300 | $0 | $0 | Noviembre - 2020 | 46834469 | 24/11/2020 | No |
| EPS008 | Compensar EPS | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,200,000 | 0.12500 | $150,000 | $0 | $0 | Noviembre - 2020 | 46834469 | 24/11/2020 | No |

El presente certificado se expide a los 13 dias del mes Diciembrede 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.