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.** **CO1.PCCNTR.1731892 de 2020**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 13-08-2020 Fecha de Terminación: 12-03-2021
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** **7 MESES** **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: **Cindy Natalia Peña Reina**		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 URGENCIAS Y EMERGENCIAS**		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **PERIODO DEL INFORME:** **01 a 30 de septiembre de 2020**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios técnicos para gestionar la respuesta sanitaria ante los incidentes en salud de 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:	$ 1.800.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 3.000.000
SALDO POR EJECUTAR:	$ 16.200.000

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 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.	- Confirmación de Pacientes en el módulo de referencia para la generación de códigos QR. - Generación de Códigos QR - Seguimiento a casos cerrados.	Soporte ubicado en carpeta Obligación 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 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 apoyo de las actividades se tiene comunicación con las personas que dieron la inducción quienes fueron el ingeniero Jaime Vásquez y la doctora Johanna Torres quienes por medio de un grupo de whatsapp están atentos a resolución de los casos que presentan alguna inconsistencia para la generación de los códigos.	Soporte ubicado en carpeta Obligación 2
3. Atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio.	He asistido en mi horario asignado de 7am a 7pm correspondientes a los días impares en el mes de septiembre en la sede de ETB Chapinero que corresponde al lugar de	Soporte ubicado en carpeta Obligación 3

	asignación.	
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.	En el presente mes no se han realizado una reunión sobre varios temas relacionados a uso de instalaciones y horarios de trabajo	No se generan soportes para esta obligación
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.	A la fecha se han cumplido las obligaciones básicas del contrato sin necesidad de desarrollo de actividades adicionales asignadas	No se generan soportes para esta obligación

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:	ARL SURA
Suma cancelada:	$ 90.000	Suma cancelada:	$ 115.200	Suma cancelada:	$ 17.600
No Planilla:	9409568265	No Planilla:	9409568265	No Planilla:	9409568265
Mes(es) cancelado(s):	AGOSTO	Mes(es) cancelado(s):	AGOSTO	Mes(es) cancelado(s):	AGOSTO

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:** **Cindy Natalia Peña Reina**
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1.012.348.450**

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 22.86 % de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**

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

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** **Dr. JOSÉ OCTAVIO LÓPEZ 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.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012348450		PEÑA PEINA CINDY NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	dg 1 a # 4 - 37 sur	FACATATIVA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	746493507	9409568265	I	2020/09/11	2020/09/18	BANCO CAJA SOCIAL	7	$222,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$720,000	$115,200			$720,000	$90,000			$0	$0			$720,000	$17,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$720,000**	**$115,200**			**$720,000**	**$90,000**			**$0**	**$0**			**$720,000**	**$17,600**		**$0**	**$0**
Ciudad: FACATATIVA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$720,000	$115,200			$720,000	$90,000			$0	$0			$720,000	$17,600		$0	$0
1	CC 1012348450	PEÑA CINDY	230301	18	$720,000	$115,200	EPS035	18	$720,000	$90,000		0	$0	$0	14-11	18	$720,000	$17,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$720,000**	**$115,200**			**$720,000**	**$90,000**			**$0**	**$0**			**$720,000**	**$17,600**		**$0**	**$0**

2020/09/18 02:04 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012348450		PEÑA REINA CINDY NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	dg 1 a # 4 - 37 sur	FACATATIVA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	746493507	9409568265	I	2020/09/11	2020/09/18	BANCO CAJA SOCIAL	7	$222,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$115,200	$0	$0	$115,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$115,200	$0	$0	$115,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$17,600	$0	$0	$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$90,000	$0	$0	$90,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$90,000	$0	$0	$90,000
TOTAL				1	$222,800	$0	$0	$222,800

OK

2020/09/18 02:04 PM