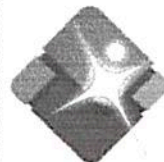




ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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. 1731931 de 2020	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 14-08-2020 Fecha de Terminación: 13-03-2021
ENTIDAD CONTRATANTE:		PLAZO DE EJECUCIÓN: 7 MESES
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PRÓRROGA:
CONTRATISTA:		Fecha de Inicio: N/A
YURY PAOLA PINTO LONDOÑO		Fecha de Terminación: N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo):		SUSPENSIÓN:
Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO SUBDIRECTORA DE CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS		Fecha de Inicio: N/A
		Fecha de Terminación: N/A
OBJETO DEL CONTRATO:		PERIODO DEL INFORME: 01 A 30 DE ENERO DE 2021
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:	\$ 13.700.000 ✓
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 3.000.000 ✓
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 4.300.000 ✓

**ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, 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.	Se ingresa a la sede respectiva (chopinero) cumpliendo con los parámetros de higiene respecto al covid-19. En el horario establecido, desarrollando las funciones asignadas, siguiendo orientación de los jefes de turno, haciendo uso adecuado de todas las herramientas de trabajo recibiendo cada llamada de emergencia y siguiendo lineamientos de cada doctor de turno.	Firmo contrato el día 14 de agosto, empiezo a desarrollar las actividades a partir del día 14 de agosto en turno 12 horas en los días pares, hasta el día de hoy firmando una asistencia diaria, el cual se anexan evidencias en cd.
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 realiza acción de apoyo con el medico regulador de cada turno, evaluando el nivel prioritario de cada urgencia y así mismo tomar las medidas necesarias para cada caso, al mismo tiempo se lleva un registro de cada incidente en la plataforma Premier One También se lleva acción de apoyo en las llamadas de seguimiento a cada incidente siguiendo lineamientos de cada doctor de turno.	Cada soporte clínico de cada incidente se encuentra en la plataforma p1, igualmente anexo evidencia en cd de cada incidente recibido, también anexo asistencia diaria en el cd.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p align="center">SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p> <p align="center">INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</p> <p align="center">Código: SDS-CON-FT-014 V.4</p>	<p>Actualizado por: Essy Ximena Arévalo Revisado y Aprobado por: Pilar Alexon Contreras</p>	
---	--	---	---

3. Atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio.	Cumpló lo acordado en el contrato, conforme a la necesidad de cada turno, recibiendo las llamadas a tiempo y atendiendo cada caso de la manera correcta en el tiempo y lugar establecido por los jefes y siguiendo lineamientos de cada doctor de turno.	Cada soporte clínico de cada incidente se encuentra en la plataforma p1, igualmente anexo evidencia en cd de cada incidente recibido, también anexo asistencia diaria en el cd.
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 asiste a capacitación y/o charla dada por Ingeniero de la secretaria distrital de salud, aprendiendo sobre los lineamientos correctos de referencia y contra referencia.	Se asiste a sesión clínica de atención día 20 de enero a las 02:00 pm de manera virtual por medio del link que envió el jefe de turno.
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.	Tener claro los datos solicitados e información necesaria para cada caso por si se presenta una urgencia frente al covid-19 o cualquier otra emergencia de Bogotá y al tiempo se tenga que enviar carro de toma de muestra o ambulancia siguiendo lineamientos de cada doctor de turno.	Cada soporte clínico de cada incidente se encuentra en la plataforma p1, igualmente anexo evidencia en cd de cada incidente recibido, también anexo asistencia diaria en el cd.

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

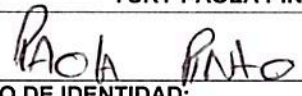
Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado:
N/A

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.

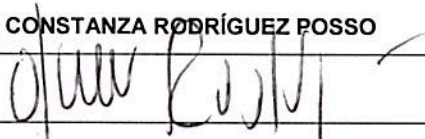
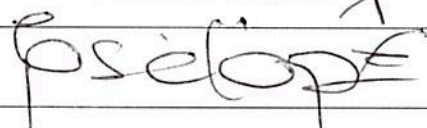
INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	COMPENSAR	Empresa:	PORVENIR	Empresa:	ARL SURA
Suma cancelada:	150.000	Suma cancelada:	192.000	Suma cancelada:	29.300
No Planilla:	47138690	No Planilla:	47138690	No Planilla:	47138690
Mes(es) cancelado(s):	DICIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	DICIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	DICIEMBRE

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, SIAS, 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: YURY PAOLA PINTO LONDOÑO			
		FIRMA: 			
		No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1016103913			

 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	
--	--	--	---

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 <u>79.52</u> % de ejecución del contrato.	OTRAS OBSERVACIONES:
SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO
	FIRMA: 
REVISÓ	NOMBRE Y APELLIDO: Dr. JOSÉ OCTAVIO LÓPEZ GALLEGÓ
	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 DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	1016103913	YURY PAOLA PINTO LONDOÑO	CRA 100 # 23H-83
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
ÚNICA	I - Independiente		
		DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.
		TELÉFONO	CORREO
		4609197	PAOPINTO1416@GMAIL.COM
		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
		NO	

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESARIO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESARIO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2020-12	2020-12	I		
				47138690
				\$371.300

DETALLE POR COTIZANTE																																										
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAMISCALES						
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna				
1	CC	1016103913	PINTO LONDOÑO YURY PAOLA	59	0	N	230321	1.200.000	192.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016103913	YURY PAOLA PINTO LONDOÑO		CRA 100 # 234-83	4609197	PAOPINTO1416@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL		CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Indefiniente			DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.		BOGOTÁ D.C.
							M.O.

DATOS DE LA PLANILLA				CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				0
2020-12	2020-12	1	28/12/2020	47138690	TOTAL A PAGAR
					\$371.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor				
EPS008	Compañía EPS	660066942-7	150.000	0	0	0	0	0	0	0	150.000	1

TOTALES PENSIÓN[illegible]**TOTALES RIESGOS LABORALES**

Código ARL	Nombre	NIT	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
			No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SUPA	840003790-5	29.300			29.300	0	0	29.300			293	29.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

TO

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SEMA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

1. DATE OF BIRTH

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valores antes de ICE, LMA, IRP y Mera	Total a Pagar
Salud	1	150.000	150.000
Pensión	1	192.000	192.000
Resgos Laborales	1	29.300	29.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	371.300	371.300