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.. 1907008**	**PERIODO DEL CONTRATO:**
		Fecha de Inicio: 28-10-2020
		Fecha de Terminación: 27-03-2021
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN: 5 MESES**
		PRÓRROGA:N/A
CONTRATISTA: **JULIO CESAR SANTIAGO MOORE**		Fecha de Inicio: N/A
		Fecha de Terminación: N/A
		SUSPENSIÓN:N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **Dra. Diana Constanza Rodríguez posso** **SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DEL RIESGO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**		Fecha de Inicio: N/A
		Fecha de Terminación: N/A
		PERIODO DEL INFORME: **01 al 28 de febrero de 2021**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Técnico Auxiliar de Enfermería para gestionar la respuesta sanitaria a los incidentes en salud de las Urgencias y emergencias y desastres en el marco del Sistema de Emergencias Médicas		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 15.322.590
VALOR ADICIÓN:	$N/A
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 9.494.982
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 2.813.328
SALDO POR EJECUTAR:	$ 3.014.280

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 6 obligación)	**EVIDENCIAS O SOPORTE** (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
1. Realizar la gestión integral de los incidentes 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 gestionaron todos los incidentes que ingresaron al sistema ya sea al sur o norte teniendo en cuenta su tipificación, se manejaron con las preguntas trazadoras establecidas por los procedimientos de la urgencia médica dándole a la comunidad una atención y manejo oportuno y adecuado	**Se anexa evidencia en DVD por medio de los números de incidentes, se incluye ingreso a la página de DUES**
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, interacción con Salud Pública, así como el apoyo en la elaboración de los respectivos informes y documentos técnicos, visitas a IPS, según solicitud de la Subdirección en el marco de la emergencia o desastres presentado.	**Se apoyo en los diferentes turnos y según el requerimiento del médico regulador y la jefe de turno realizando tareas indicadas directamente por ellos como fueron: alertar a las diferentes entidades, la llegada del vehículo de emergencia con paciente crítico, solicitar a Transmilenio ingreso a carril y estaciones para poder brindar una atención más rápida y efectiva, solicitar apoyo de las diferentes entidades como policía, bomberos, según el caso y la necesidad. Esto por medio del canal de la red de emergencias y todo bajo los protocolos establecidos por la regulación de la urgencia médica.**	**Se anexa evidencia en DVD por medio de los números de incidentes, incluye listado de asistencia e ingreso a la página de DUES**

	En este periodo no se me solicitó colaborar con la realización de informes ni visitas a instituciones de atención. **El día 19 de febrero se realizó apoyo en el área de despacho por la terminación del contrato de los compañeros.**	
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 todos los horarios establecidos y ordenados tanto por el médico regulador y jefe inmediato cumpliendo puntualmente el inicio y finalización de turnos y tiempos de descanso, todo esto verificable por medio del SIDCRUE y directamente con los jefes inmediatos.** **Tener en cuenta que el 30 de enero y el 1 de febrero no asistí a turno por estar aislado por covid positivo.**	**Se anexa evidencia en DVD por medio de los números de incidentes, incluye listado de asistencia e ingreso a la página de DUES**
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 este periodo se realizó una clínica de atención sobre prevención covid el día 19 de enero. también se realizó clínica de atención el día 15 de febrero sobre primeros auxilios psicológicos y socialización.**	**Se anexan evidencias en DVD por medio de las listas de asistencia.**
5. Apoyar con la elaboración de informes, documentos técnicos, respuesta a las solicitudes, peticiones, quejas y reclamos que se reciben a través de la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud - Secretaria Distrital de Salud, relacionadas con temas de su competencia.	**En este periodo no fue requerido realizar informes ni ningun documento por parte de la dirección de urgencias y emergencias en salud.** **Aclaro que estoy en toda la disposición para colaborar en todo lo requerido por la Secretaria Distrital de SAlud.**	**Verificar en evidencias anteriores**

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:	Sanitas	Empresa:	Protección	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	153.300	Suma cancelada:	196.200	Suma cancelada:	29.900
No Planilla:	9415901542	No Planilla:	9415901542	No Planilla:	9415901542
Mes(es) cancelado(s):	ENERO	Mes(es) cancelado(s):	ENERO	Mes(es) cancelado(s):	ENERO

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: JULIO CESAR SANTIAGO MOORE**
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **79950179**

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 82 % de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**
SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **Dra. Diana Constanza Rodríguez Posso**
	FIRMA:

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** **DRA. Lady Johanna Torres**
	FIRMA: Lady Johanna Torres

❖ *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.*

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79950179		SANTIAGO MOORE JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 107A N 130D 04 SUBA AURES 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2691505	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	893407516	9415901542	I	2021/02/17	2021/02/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$379,400

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)						**$1,225,807**	**$196,200**			**$1,225,807**	**$153,300**			**$0**	**$0**			**$1,225,807**	**$29,900**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$1,225,807**	**$196,200**			**$1,225,807**	**$153,300**			**$0**	**$0**			**$1,225,807**	**$29,900**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						**$1,225,807**	**$196,200**			**$1,225,807**	**$153,300**			**$0**	**$0**			**$1,225,807**	**$29,900**		**$0**	**$0**
1	CC	79950179	SANTIAGO JULIO	230201	30	$1,225,807	$196,200	EPS005	30	$1,225,807	$153,300		0	$0	$0	14-1	30	$1,225,807	$29,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						**$1,225,807**	**$196,200**			**$1,225,807**	**$153,300**			**$0**	**$0**			**$1,225,807**	**$29,900**		**$0**	**$0**

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79950179		SANTIAGO MOORE JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 107A N 130D 04 SUBA AURES 2	BOGOTA-BOGOTA D.C.	2691505	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	893407516	9415901542	1	2021/02/17	2021/02/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$379,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,200	$0	$0	$196,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$196,200	$0	$0	$196,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,900	$0	$0	$29,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$29,900	$0	$0	$29,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$153,300	$0	$0	$153,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$153,300	$0	$0	$153,300
TOTAL				1	$379,400	$0	$0	$379,400

2021/02/15 10:22 AM