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 Arevalo Revisado y Aprobado por: Pilar Alexon Contreras	

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: **SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**	**CONTRATO No.** CO1.PCCNTR 1732083 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: N/A
CONTRATISTA: RUTH LEIDY AREVALO TORRES		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A
		SUSPENSIÓN: N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **DRA. Diana Constanza Rodríguez Posso** **Subdirectora Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud**		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A
		PERIODO DEL INFORME: 1 AL 28 DE FEBRERO DE 2021
OBJETO DEL CONTRATO: prestar servicio técnico 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:	$16.800.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$3.000.000
SALDO POR EJECUTAR:	$1.200.000

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 emergencia médica , aplicándolo definido en el procedimiento de regulación de la urgencia médica establecido para el perfil	Para el desarrollo de esta actividad, se gestionaron los registros de incidentes relacionados con covid-19 que ingresaron al centro operativo, llamadas gestionadas 150 durante el periodo	Evidencia 1. Resumen de incidentes
2.Realizar las acciones de apoyo que permitan la respuesta ante situaciones de urgencia , emergencias y desastres incluyendo la actividad de la cadena de llamadas alertas hospitalarias , salud pública , así como en el apoyo y la elaboración de los respectivos informes y documentos técnicos relacionados con la situación de urgencias, emergencia y desastre	Se realizaron estas acciones apoyando el módulo de premier one	Evidencia 2. RESUMEN DE REGISTROS MODULO DE PREMIER ONE
3. Atender las circunstancias de moda y tiempo y lugar para la ejecución del	Se cumple las condiciones para la ejecución del contrato en circunstancias de modo, tiempo y lugar indicado por	Evidencia 3 : Listas de asistencia de ingreso a ETB Chapinero y lista de tapabocas

contrato de conformidad con las necesidades del servicio.	la subdirección centro regulador de urgencias y emergencias y en el turno asignado. (Turno de 12 horas de 7:00p.m. a 7:00 a.m.) en modalidad presencial.	
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.	durante el periodo se programó reunión virtual clínica de atención primeros auxilios psicológicos, socialización estrategia distrital	Evidencia : si se encuentra con ella ya que asistí a la reunión virtual
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 apoya la recepción de llamadas que ingresan a la línea 123 y se registra en un módulo premier one ;	Evidencia 2: REGISTROS PREMIER ONE

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

Si es el último de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por que 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:	PORVENIR	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	$150.000	Suma cancelada:	$192.000	Suma cancelada:	$29.300
No Planilla:	8348607963	No Planilla:	8348607963	No Planilla:	8348607963
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:	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:** **RUTH LEIDY AREVALO TORRES**
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **52910389**

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 94,29% de ejecución del contrato.		**OTRAS OBSERVACIONES:**
SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO: DRA. DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ 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.*

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): RUTH LEIDY AREVALO TORRES
No. Identificación: CC52910389
Dirección: CALLE 90 95 17
Telefono: 5387495
Correo: la.torres_69@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8348607963

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	RUTH LEIDY AREVALO TORRES
Tipo y número de identificación	CC52910389
Número de planilla	8348607963
Fecha pago	2021-02-12
Número de autorización pago	59084205
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2021
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2021
Número de Administradoras	3
Total Pagado	371300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	29300	1
230301	Porvenir	192000	1
EPS008	Compensar EPS	150000	1

8348607963

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52910389
APELLIDOS Y NOMBRES: RUTH LEIDY AREVALO TORRES

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1200000	1200000	1200000	0	150000	0	192000	0	29300	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información