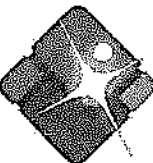


|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                    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

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| DESPACHO – SUBDIRECCIÓN –<br>DIRECCIÓN U OFICINA:<br>SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE<br>URGENCIAS Y EMERGENCIAS                                                                                                                                       | CONTRATO No.<br>CO1.PCCNTR. 2125850 | PERIODO DEL CONTRATO:                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     | Fecha de Inicio: 20-01-2021                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     | Fecha de Terminación: 19-04-2021                    |
| ENTIDAD CONTRATANTE:<br>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD                                                                                                                                                                                            |                                     | PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     | PRÓRROGA: N/A                                       |
| CONTRATISTA:<br>Angi Gisell Alvarado Gutiérrez                                                                                                                                                                                                         |                                     | Fecha de Inicio: N/A                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     | Fecha de Terminación: N/A                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     | SUSPENSIÓN: N/A                                     |
| SUPERVISOR DEL CONTRATO (Nombre y cargo): DR. LUIS ENRIQUE<br>BELEÑO GUTIÉRREZ                                                                                                                                                                         |                                     | Fecha de Inicio: N/A                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     | Fecha de Terminación: N/A                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     | PERIODO DEL INFORME:<br>01 al 28 de FEBRERO de 2021 |
| 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 su dirección centro regulador de Urgencias y Emergencias |                                     |                                                     |

| BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO                   |              |
|---------------------------------------------------|--------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO:                       | \$ 9.000.000 |
| VALOR ADICIÓN:                                    | \$0          |
| VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:                      | \$1.100.000  |
| VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME: | \$ 3.000.000 |
| SALDO POR EJECUTAR:                               | \$ 4.900.000 |

| ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, 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<br>objeto del informe - referente a<br>la obligación)                                               | EVIDENCIAS O SOPORTE<br>(Con respecto a la actividad<br>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 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. | Atención en la línea de emergencias del centro regulador que ingresan a la línea 123 brindando orientación, información para la gestión de incidentes. | Anexo copia de certificación de incidentes adjunta en el 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                                                                                                                                                        | Apoyo por parte del medico regulador donde permite resolver cada incidente que ingresan a la                                                           | No se cuentan con anexos ya que no se desarrollaron dichas actividades                |

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

|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                          |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Pública, así como el apoyo en la elaboración de los respectivos informes y documentos técnicos relacionados con la situación de Urgencias, Emergencia y Desastre.                                        | línea de urgencias y emergencias.                                                                                                                                                        |                                                     |
| 3. Atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio.                                                                       | Cumplimiento con los indicadores propuestos de acuerdo con la necesidad del servicio y asistencia al turno.                                                                              | 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. | Taller en atención con pacientes prehospitalarios ACV                                                                                                                                    | Certificado curso                                   |
| 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.                                                                      | Atención de incidentes que ingresan a la línea C4 casos relacionados con COVID-19 brindando información y orientación para realización de toma de muestras o sintomatología relacionada. | Anexo copia de certificación de solicitudes de AMED |

#### 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:

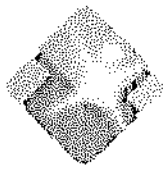
**DECLARACIÓN:** Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que será responsable por las afirmaciones 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:              | FAMISANAR                  | Empresa:              | PROTECCIÓN                 | Empresa:                  | SURA                       |
| Suma cancelada:       | \$ 113.600 /<br>\$ 36.400  | Suma cancelada:       | \$ 145.400<br>\$ 46.600    | Suma cancelada:           | \$ 22.200<br>\$ 7.100      |
| No Planilla:          | 7777120440 -<br>7781526087 | No Planilla:          | 7777120440 -<br>7781526087 | No Planilla:              | 7777120440 -<br>7781526087 |
| Mes(es) cancelado(s): | Enero de 2021/             | Mes(es) cancelado(s): | Enero de 2021/             | Mes(es) cancelado(s):     | Enero de 2021/             |

#### 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, SIAS, SIRC, SIDBA, SIPOJ, 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): |  |
|-------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

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

|                    |                                                            |
|--------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>CONTRATISTA</b> | <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b> Angi Gisell Alvarado Gutiérrez |
|                    | <b>FIRMA:</b> <i>Angi Gisell Alvarado G.</i>               |
|                    | <b>Nº. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b> 1.018.481.561           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                              |
| 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 45,56% de ejecución del contrato.<br>Certifico que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo la devolución del carnet que lo identifica como contratista de la entidad. | <b>OTRAS OBSERVACIONES:</b>                                  |
| <b>SUPERVISOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b> DR LUIS ENRIQUE BELENO GUTIERREZ   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>FIRMA:</b> <i>Luis Enrique Beleno</i>                     |
| <b>REVISÓ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b> DR DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>FIRMA:</b> <i>Diana Constanza Rodriguez Posso</i>         |

❖ 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.



[illegible]

TOTAL

5.281 2009







