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

| | | |
|---|---|---|
| **DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:**<br>**SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS** | **CONTRATO No.**<br>**CO1.PCCNTR.1653843** | **PERIODO DEL CONTRATO:**<br>Fecha de Inicio: 08-07-2020<br>Fecha de Terminación: 07-10-2020 |
| **ENTIDAD CONTRATANTE:**<br>**FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES**<br>**PRÓRROGA: 3 MESES** |
| **CONTRATISTA:**<br>**FRANCISCO JAVIER ALZATE MARTINEZ** | | Fecha de Inicio: 08-10-2020<br>Fecha de Terminación: 07-01-2021<br>**SUSPENSIÓN:** N/A |
| **SUPERVISOR (Nombre y cargo):**<br>**Dr. LUIS ENRIQUE BELEÑO GUTIERREZ**<br>**SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DEL RIESGO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** | | Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A<br>**PERIODO DEL INFORME:**<br>**01 al 30 de diciembre de 2020** |
| **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 Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. | | |

| **BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | $ 9.000.000 |
| **VALOR ADICIÓN:** | $ 9.000.000 |
| **VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:** | $ 14.100.000 |
| **VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:** | $ 3.000.000 |
| **SALDO POR EJECUTAR:** | $ 900.000 |

| **ACTIVIDADES ESPECIFICAS, 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 objeto del informe - referente a la obligación)** | **EVIDENCIAS O SOPORTE**<br>**(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 y las demás líneas destinadas para este fin, 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. | Durante este periodo realicé **2** actividades repetitivas y ejecutadas según las necesidades del servicio:<br><br>1- Asistí y apoyé la gestión de los incidentes relacionados con COVID-19 que ingresaron al Centro Operativo a través de la Línea 123 y las demás líneas destinadas para este fin, 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.<br><br>2- Utilicé las herramientas tecnológicas: SIDCRUE; Premier One y Telefonía; para los **incidentes relacionados con COVID-19** asistidos y apoyados durante el período del presente informe. | EVIDENCIAS DIGITALIZADAS (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. | En el desarrollo del presente periodo realicé **2** actividades repetitivas y ejecutadas según las necesidades del servicio:<br><br>**1-** Cumplí con las acciones de apoyo, que permitieron 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.<br><br>**2-** Usé las herramientas tecnológicas: SIDCRUE; Premier One y Telefonía; para los **incidentes que requirieron activación de la cadena de llamadas, alertas hospitalarias, Salud Pública**, durante el período del presente informe. | EVIDENCIAS DIGITALIZADAS (CD) |
| **3).** Atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio. | Para este informe realicé **1** actividad repetitiva y ejecutada según las necesidades del servicio:<br><br>**1-** Atendí las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio. | EVIDENCIAS DIGITALIZADAS (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. | Durante la ejecución del presente informe realicé **1** una actividad repetitiva y ejecutada según las necesidades del servicio:<br><br>**1-** Cumplí con las diferentes orientaciones verbales impartidas por la enfermera profesional en cada turno asignado.<br><br>En el desarrollo del presente informe, no hubo reuniones, que sean convocadas por la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud y la Subdirección centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud. | EVIDENCIAS DIGITALIZADAS (CD) |
| **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. | En la ejecución del presente informe realicé **2** actividades repetitivas y ejecutadas según las necesidades del servicio:<br><br>**1-** Cumplí con las demás obligaciones asignadas y que fueron necesarias para atender la emergencia que se presenta en Bogotá D.C. por el COVID-19. | EVIDENCIAS DIGITALIZADAS (CD) |

| | | |
|---|---|---|
| | **2-** Usé las herramientas tecnológicas: SIDCRUE; Premier One y Telefonía; para los **demás incidentes asistidos, apoyados y a los que los(as) médicos reguladores indicaron: rellamadas, seguimientos, cerrarlos, crearlos, etc.** Durante el período del presente informe. | |

**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 S.A | Empresa: | PORVENIR | Empresa: | POSITIVA S.A |
| Suma cancelada: | $150.000 | Suma cancelada: | $192.000 | Suma cancelada: | $29.300 |
| No Planilla: | 4364401157 | No Planilla: | 4364401157 | No Planilla: | 4364401157 |
| Mes(es) cancelado(s): | noviembre de 2020 | Mes(es) cancelado(s): | noviembre de 2020 | Mes(es) cancelado(s): | noviembre de 2020 |

**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: FRANCISCO JAVIER ALZATE MARTINEZ** |
| | **FIRMA:** |
| | **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 18469858** |

| 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 96.11% de ejecución del contrato. | **OTRAS OBSERVACIONES:** |

| | |
|---|---|
| **SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO: Dr. LUIS ENRIQUE BELEÑO GUTIERREZ**<br>**FIRMA:** |
| **REVISÓ** | **NOMBRE Y APELLIDO: DRA. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO**<br>**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.*

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACION | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACION | 18469858 |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | | FRANCISCO JAVIER ALZATE MARTINEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCION | BOGOTA | TELÉFONO | 4677143 |
| TIPO APORTANTE | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACION | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO PLANILLA | | | 4364401157 | TIPO DE PLANILLA | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | noviembre | AÑO 2020 | PERIODO COTIZACION SALUD | MES noviembre AÑO 2020 |
| DIAS DE MORA | | | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) | | | 2020/12/07 | NUMERO AUTORIZACIÓN | 9993000696 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 192.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 192.000 | $ 0 | $ 192.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 192.000** | **$ 0** | **$ 192.000** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACION | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 150.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 150.000 | $ 0 | $ 0 | $ 150.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 150.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 150.000** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 29.300 | $ 29.300 | $ 0 | $ 0 | $ 29.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 29.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 29.300** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BASICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 18469858 | ALZATE MARTINEZ FRANCISCO JAVIER | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 1.200.000 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.200.000 | $ 192.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 192.000 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.200.000 | $ 150.000 | $ 0 | $ 150.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.200.000 | $ 18469858 | $ 29.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 371.300** |

Planilla Pagada