

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>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</p>	<p>Actualizado por: Essy Ximena Arévalo Revisado y Aprobado por: Pilar Alexon Contreras</p>	
--	---	---	---

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 1745905	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 21-08-2020
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		Fecha de Terminación: 20-03-2021
		PLAZO DE EJECUCIÓN: 7 MESES
CONTRATISTA: ELIANA ANDREA DIAZ ORTIZ		PRÓRROGA: N/A
		Fecha de Inicio: N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO SUBDIRECTORA DE CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS		Fecha de Terminación: N/A
		SUSPENSIÓN: N/A
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios técnicos para gestionar la respuesta sanitaria ante los incidentes en salud de las Urgencias y Emergencias relacionados con Covid-19.		Fecha de Inicio: N/A
		Fecha de Terminación: N/A
		PERIODO DEL INFORME: 01 a 30 de NOVIEMBRE de 2020

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$21.000.000
VALOR ADICIÓN:	\$ N/A
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	\$7.000.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$3.000.000
SALDO POR EJECUTAR:	\$11.000.000

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.	Para el desarrollo de esta actividad, se realizaron 246 registros en el sistema SIDCRUE con el usuario MEADIAZORT, para la gestión integral 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 adjunta la certificación de incidentes o registros en CD, "Registros Septiembre"	Se adjunta el soporte de los registros en CD bajo el nombre de "Registros NOVIEMBRE"

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p align="center">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</p>	<p>Actualizado por: Essy Ximena Arévalo Revisado y Aprobado por: Pilar Alexon Contreras</p>	
---	--	---	---

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.	No se realizaron actividades de apoyo para situaciones de urgencia.	No se realizaron actividades de apoyo para situaciones de urgencia.
3. Atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio	Se cumplieron las condiciones, para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar.	Se adjunto la certificación de asistencia en CD bajo el nombre de "Asistencia NOVIEMBRE".
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 el presente mes no se convocaron orientaciones o reuniones, por la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud y la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud.	En el presente mes no se convocaron orientaciones o reuniones, por la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud y la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud en la Sede de ETB Chapinero
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.	No fueron asignadas otras actividades.	No fueron asignadas otras actividades.

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

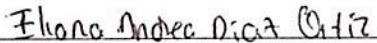
Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado:
N/A

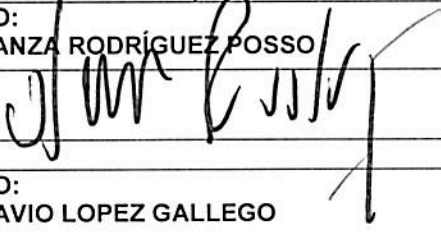
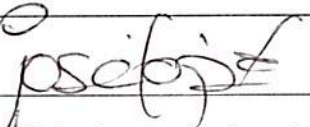
DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones 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:	FAMISANAR	Empresa:	COLFONDOS	Empresa:	ARL SURA
Suma cancelada:	\$150.000	Suma cancelada:	\$192.000	Suma cancelada:	\$29.300
No Planilla:	796886675	No Planilla:	796886675	No Planilla:	796886675
Mes(es) cancelado(s):	Octubre 2020	Mes(es) cancelado(s):	Octubre 2020	Mes(es) cancelado(s):	Octubre 2020

 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	
--	---	--	---

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: ELIANA ANDREA DIAZ ORTIZ				
	FIRMA: 				
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1015420273				

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 47.62% de ejecución del contrato.	OTRAS OBSERVACIONES:
SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: DRA. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO
	FIRMA: 
REVISÓ	NOMBRE Y APELLIDO: DOCTOR JOSÉ OCTAVIO LOPEZ GALLEG0
	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	1015420273	ELIANA ANDREA DIAZ ORTIZ	carrera 27a 70 92
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
UNICA	1-Independiente		
		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.
		TELEFONO	CORREO
		5476513	elidiazortiz@gmail.com
		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
		NO	

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASIGNADA	FECHA PAGO ASIGNADA (DIAS/SEMANA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/SEMANA)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		
2020-10	2020-10		
		NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
		46048245	1
		TOTAL A PAGAR	
		\$371.300	

DETALLE POR COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES			
No.	Tip	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	CONEXIÓN	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP	CCF APP
1	CC	1015420273	DIAZ ORTIZ ELIANA ANDREA																												

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1015420273	ELIANA ANDREA DIAZ ORTIZ		carrera 27a 70 32	5476513	eldiaz.ortiz2@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESAÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESAÑO)	CANTIDAD	
				EMPL- LADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2020-10	2020-10	1	11/11/2020	46049245 \$371.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS[illegible]**TOTALES PENSIÓN**

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Colización	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23-001	Coronado	900227940-6	192.000	0	0	0	0	0	0		192.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTAL DE RIZOSAS OPERANTES													
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización		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
			Obligatoria	Voluntaria									
14-11	ART SURA	806003790-5	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
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

TOTALES PARAFISCALES

TOTAL REPORT FROM MEMBERS				
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				

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBCATEGORIA		No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Tipo Administradora				
	Salud	1	150,000	150,000
	Pensión	1	192,000	192,000
	Riesgos 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