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 – SUBDIRECCION – DIRECCIÓN U OFICINA: **SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**	**CONTRATO No.** **1643015 DE 2020**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 08-07-2020 Fecha de Terminación: 07-10-2020
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES** **PRÓRROGA: 3 MESES**
CONTRATISTA: **Karen Estefany Muñoz Rojas**		Fecha de Inicio: 08-10-2020 Fecha de Terminación: 07-01-2021 **SUSPENSIÓN: N/A**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **DR. LUIS ENRIQUE BELEÑO GUTIÉRREZ** **SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DEL RIESGO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **PERIODO DEL INFORME:** **01 al 20 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:	$ 14.000.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 1.800.000
SALDO A LIQUIDAR:	$ 2.200.000

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 ingresan 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.	Desde el día 22 de noviembre hasta la fecha se inició apoyando referencia y contra referencia, donde se realizó los respectivos seguimientos a pacientes con remisión a la UCI-COVID y NO COVID registrados en la plataforma SIDCRUE *según lo establece el decreto 538 de 2020*, igualmente todas las novedades que presentaron cada uno de los pacientes se iban actualizando en las respectivas bases de datos, en la plataforma de SIDCRUE y en correo electrónico según categorías, de igual manera se apoyó gestionando la programación de ambulancias para los respectivos traslados de los pacientes, dichas funciones se realizaron con el fin de ejecular adecuadamente las obligaciones estipuladas en el contrato y cumplir con os objetivos propuestos.	Se gestionaron Registros en el módulo de Referencia UCI Gestione los incidentes con mi ID **kmunoz6** *Cabe aclarar que cada uno de los* incidentes que gestione en el módulo de referencia se encuentran identificados tanto en seguimientos en la plataforma SIDCRUE y en correo electrónico con el nombre *TARM: Estefany Muñoz* y el nombre del médico regulador de turno Se adjunta CD con las respectivas evidencias; Archivos nombrados: **(1).**Certificado SIDCRUE de registros

		gestionados REFERENCIA UCI
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 emergencias y desastres.	Gestione incidentes en PREMIER ONE teniendo en cuenta los lineamientos de regulación medica estipulados por la SDS. Las funciones nombradas anteriormente dan cumplimiento al objetivo, la respuesta a las situaciones de urgencias y emergencias que se presentaron en premier one con la respuesta oportuna a los incidentes que entraron a la linea 123	En premier One gestione incidentes con el siguiente ID: MKEMUÑOZROJ Corresponde a mi ID Personal **(2)** Certificación Premier One
3. Atender las circunstancias de modo tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio	Cumplí con las condiciones establecidas para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar.	Asistí oportunamente al Centro Operativo del CRUE en la sede de ETB - Chapinero para el desarrollo de las obligaciones contractuales. Se adjunta CD con las respectivas evidencias; Archivo nombrado: **(3).** Listados de Asistencia
4. Participar en las diferentes orientaciones y reuniones, que sean convocadas por la Dirección de urgencias y emergencias en salud y la subdirección dentro regulador de urgencias y emergencias en salud.	Participar en la sesiones de re inducción del proceso de REFERENCIA de acuerdo al decreto *539 de 2020 , para la adquisición de nuevos* conocimientos y habilidades y así poder ejecutar adecuadamente mis obligaciones contractuales y cumplir con los objetivos propuestos.	Participar en la sesiones de re inducción del proceso de REFERENCIA de acuerdo *al decreto 539 de 2020 , para la* adquisición de nuevos conocimientos y habilidades y así poder ejecutar adecuadamente mis obligaciones contractuales y cumplir con los objetivos propuestos. **(3).** Listados de Asistencia
5. Las demás que sean asignadas y que sean necesarias para atender la emergencia que se presenta en Bogotá D.C por el Covid-19.	Se estableció comunicación por vía telefónica con diferentes Ips con el fin de conocer la disponibilidad de camas en la unidad de cuidados intensivos para pacientes COVID-19 y también pacientes NO-COVID.	Esta información reposa en las bases de datos que se manejan diariamente y se encuentran en el correo electrónico de secretaria de salud COVID.

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.

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	

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSION		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	Salud Total EPS	Empresa:	Porvenir	Empresa:	Sura
Suma cancelada:	150.000	Suma cancelada:	192.000	Suma cancelada:	29.300
No Planilla:	8347359800	No Planilla:	8347359800	No Planilla:	8347359800
Mes(es) cancelado(s):	NOVIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	NOVIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	NOVIEMBRE

Empresa:	Salud Total EPS	Empresa:	Porvenir	Empresa:	Sura
Suma cancelada:	109.800	Suma cancelada:	140.500	Suma cancelada:	21.400
No Planilla:	47596451	No Planilla:	47596451	No Planilla:	47596451
Mes(es) cancelado(s):	DICIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	DICIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	DICIEMBRE

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación d usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	ID PREMIER ONE: MKEMUÑOZROJ CONTRASEÑA: 1022397970Karen* ID SIDCRUE: KMUNOZ6 CONTRASEÑA: 123456	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:*** **Karen Estefany Muñoz Rojas**
	FIRMA: KAREN EMUÑOZ
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1.022.397.970**

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 90,55 % de ejecución del contrato. Certifico que el contratista realizo la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo la devolución del carne que lo identifica como contratista de la entidad.	**OTRAS OBSERVACIONES:** Se hace terminación anticipada del contrato con fecha de 20 de Diciembre de 2020.
SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO: DR. LUIS ENRIQUE BELEÑO GUTIERREZ**
	FIRMA:

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO: DRA. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO**
	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.*

Señor(es): KAREN ESTEFANY MUNOZ ROJAS
Nit: CC 1022397970
Dirección: carrera 23 d # 33 - 53 sur
Teléfono: 3195530818 **Fax:** 3195530
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	KAREN ESTEFANY MUÑOZ
Tipo y número de identificación	1022397970
Número de radicación planilla	8347359800
Fecha de pago	12/14/2020
Número de autorización de pago	40090406
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Noviembre 2020
Periodo cotización pensión	Noviembre 2020
Periodo cotización caja	Noviembre 2020
Número de administradoras	3
Total Pagado	$371.300
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$29.300	1
230301	Porvenir	$192.000	1
EPS002	Salud Total EPS	$150.000	1

PAGADO

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							MOVEDADES													VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
Nr	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	Horas	Incapacidades	Licencias	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1023397975	MUÑOZ ROJAS KAREN ESTEFANY	EPS002	23301																			1.200.000	1.200.000	0	1.200.000	0			192.000	0	0	168.000	0

PRIVADO

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022397976	KAREN ESTEFANY MUÑOZ ROJAS	carrera 23 d # 33 - 53 sur	3195530818	karenestefany621@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I -- Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-12	I	28/12/2020	47596451	$271,700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	109,800	0		0		0	0	0	0	109,800	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	140,500	0	0	0	0	0	0		140,500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	21,400				21,400	0	0	21,400			214	21,400	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109,800	109,800
Pensión	1	140,500	140,500
Riesgos Laborales	1	21,400	21,400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	271,700	271,700

PAGADA
47596451
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022397970	KAREN ESTEFANY MUÑOZ ROJAS		carrera 23 d # 33 - 53 sur	3195530818	karenestefany621@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-12	I	28/12/2020	47596451	$271.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colomb.	Extranjero	Col. Exterior	Tipo Cotizante	IRL	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	DIRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1022397970	MUÑOZ ROJAS KAREN ESTEFANY	57	0		N	0																	230301	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS002	877.803	109.800	14-11	877.803	3	21.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARIA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Control Documental CERTIFICACION DE INVENTARIOS Código: SDS-BYS-FT 016 V.02	Elaborado por: Maryuly Sabogal Ramos Revisado por: Oscar Ramiro Reyes Muñoz Aprobado por: Carlos Fernando Meza Solis	

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA – SUBDIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS.

CERTIFICA

Que revisados los registros que aparecen en el Sistema de Control de Propiedad Planta y Equipo de elementos devolutivos en servicio de la Entidad, se constató que, a la fecha, el (la) señor (a) **KAREN ESTEFANY MUÑOZ ROJAS,** Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1.022.397.970, dio cumplimiento a la Resolución No 1096, de fecha 8 de septiembre de 2011.

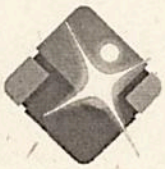
Se expide la presente certificación, a petición del (la) interesado (a), en Bogotá, D.C., a los Siete (07) días del mes de Enero del año Dos Mil Veintiuno (2021).

Original Firmado por
Luis Eduardo Campos

Delegado Propiedad Planta y Equipo

Para uso exclusivo - Propiedad Planta y Equipo

Verificación realizada en el Sistema por: **ALEXANDER CÁRDENAS SUÁREZ**	Firma.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN SECTORIAL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL CERTIFICACION DE PUBLICACIONES BIBLIOTECA Código: SDS-GCI-FT-de agosto 7 V.1	Elaborado por: Edgar Villamil Becerra Revisado por: Solangel García Ruiz Aprobado por: Adriana Posada Suarez	

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADADO DE LA DIRECCION DE PLANEACION SECTORIAL - BIBLIOTECA

CERTIFICA

Que revisados los registros que aparecen en el sistema de préstamos de publicaciones de la Biblioteca de la Secretaria Distrital de Salud, se constató que a la fecha el (la) señor(a), KAREN ESTEFANY MUÑOZ ROJAS, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No, 1.022.397.970 dio cumplimiento al Reglamento Interno del servicio de Biblioteca y del Punto Vive Digital y a la normatividad vigente.

Se expide la presente certificación a petición del (la) interesado(a) en Bogotá D.C a los 29 días del mes de diciembre de 2020.

Efren Rueda V.

Firma: _____

Nombre: Efrén Rueda Vega

BIBLIOTECA

Verificación realizada en el Sistema por: Efrén Rueda Vega _____	Efren Rueda V. Firma.

EL (LA) SUSCRITO (A) PROFESIONAL DE LA DIRECCION
DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y COMUNICACIONES

CERTIFICA:

No. Ticket: **34624**

Que el (la) señor (a) **Karen Estefany Muñoz Rojas** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.022.397.970** de **Bogotá** informa la terminación de la vinculación por: Contrato de Prestación de servicios N° **1643015 DE 2020** o retiro de la planta de personal de la SDS **---** de la dependencia **Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias,** lo cual solicita cancelación de los siguientes recursos TIC a partir del día **28 de Diciembre de 2020**

CHECK LIST	SERVICIOS	DESCRIPCIÓN
1	Cuenta de Usuario / Red	No tiene
2	Cuenta de Correo Personal Institucional y/u otro correo institucional	No tiene
3	Permisos sobre aplicaciones-	NO
4	Permisos sobre bases de datos	NO
5	Permisos de Escritorio Remoto	NO
6	Permisos a Páginas Especiales	NO
7	Permisos de Administrador local sobre maquina	NO
8	Software adicional instalado en el equipo	Windows X Office X Antivirus X Acrobat X Otros: _____
9	Permisos sobre CORDIS	SI
10	Permisos sobre carpetas	NO
11	Extensión Telefónica	4585

Se expide la presente certificación a petición del interesado (a) en Bogotá, D.C., el día lunes, 28 de diciembre de 2020.

Claudia Patricia Ruiz Sánchez.
Técnico Operativo.
Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones – TIC
Edificio Administrativo – Piso 4