| 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.1728655 de 2020** | **PERIODO DEL CONTRATO:**<br>Fecha de Inicio: 19-08-2020<br>Fecha de Terminación: 18-03-2021 |
| **ENTIDAD CONTRATANTE:**<br>**FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN:**<br>**7 MESES**<br>**PRÓRROGA:** |
| **CONTRATISTA:**<br>**DANIELA DIAZ MENDEZ** | | Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A<br>**SUSPENSIÓN:** |
| **SUPERVISOR (Nombre y cargo):**<br>**Dra. DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO**<br>**SUBDIRECTORA DE CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS** | | Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A<br>**PERIODO DEL INFORME:**<br>**01 a 30 de enero de 2021** |
| **OBJETO DEL CONTRATO:**<br>Prestar servicios técnicos 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:** | $ 12.600.000 |
| **VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:** | $ 3.000.000 |
| **SALDO POR EJECUTAR:** | $ 5.400.000 |

| **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 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. | Durante este periodo:<br><br>**a)** 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>b) Utilicé las herramientas tecnológicas: SIDCRUE; Premier One y Telefonía; para los **incidentes relacionados con COVID-19** asistidos y apoyados durante el periodo del presente informe. | Se entrega informe |

| | | |
|---|---|---|
| **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 elaboracion de los respectivos informes y documentos técnicos relacionados con la situación de Urgencias, Emergencia y Desastre. | Durante el desarrollo de este informe :<br><br>**a)** 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>b) 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. | Se realiza respectiva gestión a las actividades encomendadas por medico (a) regulador (a) de turno y de igual manera quedan ingresadas al aplicativo SIDCRUE-PREMIER ONE con los usuario asignado. |
| **3.** Atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio. | Para este informe:<br><br>Atendí las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio | Se entregan lista de asistencia |
| **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:<br><br>**a)** Cumplí con las diferentes orientaciones verbales impartidas por la enfermera profesional en cada turno asignado.<br><br>b) 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. | Durante el mes de diciembre no se realizaron Actividades diferentes a las anteriormente relacionadas. |

| | | |
|---|---|---|
| 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:<br><br>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. | Se realiza respectiva gestión a las actividades encomendadas por medico (a) regulador (a) de turno y de igual manera quedan ingresadas al aplicativo SIDCRUE-PREMIER ONE con los usuario asignado. |

**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: | COLFONDOS | Empresa: | COMPENSAR | Empresa: | ARL SURA |
| Suma cancelada: | $ 89.000 | Suma cancelada: | $ 69.500 | Suma cancelada: | $13.600 |
| No Planilla: | 47905496 | No Planilla: | 47905496 | No Planilla: | 47905496 |
| Mes(es) cancelado(s): | diciembre de 2020 | Mes(es) cancelado(s): | diciembre de 2020 | Mes(es) cancelado(s): | diciembre 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:**<br>**DANIELA DIAZ MENDEZ** |
| | **FIRMA:** Daniela Diaz M. |
| | **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**<br>1016112071 |

| 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 74,29 % de ejecución del contrato. | **OTRAS OBSERVACIONES:** |

| | | |
|---|---|---|
| **SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO:** | **Dra. DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO** |
| | **FIRMA:** | |

| | | |
|---|---|---|
| **REVISÓ** | **NOMBRE Y APELLIDO:** | **Dr. JOSÉ OCTAVIO LÓPEZ GALLEGO** |
| | **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):** DANIELA DIAZ MENDEZ
**Nit:** CC 1016112071
**Dirección:** CRA 106 13B 49 Casa 259
**Teléfono:** 3206110366 **Fax:** 3206110366
**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 | DANIELA DIAZ MENDEZ |
| Tipo y número de identificación | 1016112071 |
| Número de radicación planilla | 8347905498 |
| Fecha de pago | 1/12/2021 |
| Número de autorización de pago | 49080256 |
| Banco | 1023 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Periodo cotización salud | Diciembre 2020 |
| Periodo cotización pensión | Diciembre 2020 |
| Periodo cotización caja | Diciembre 2020 |
| Número de administradoras | 3 |
| Total Pagado | $172.100 |
| Total interés mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | $13.600 | 1 |
| 231001 | Colfondos | $89.000 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $69.500 | 1 |

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| DATOS DEL AFILIADO | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | VALOR IBC | | | | | | LIQUIDACION DE APORTES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | TIPO | NUMERO | APELLIDOS Y NOMBRES | COD EPS | COD AFP | COD CAJA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | SALARIO INTEGRAL | EXTRANJERO | COLOMBIANO POR EXTERIOR | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 1016112071 | DIAZ MENDEZ DANIELA | EPS008 | 231001 | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 555.942 | 555.942 | 0 | 555.942 | 0 | | | 89.000 | 0 | 0 | 89.500 | 0 |

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