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 – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Dirección Epidemiológica, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectivas / Subdirección de Vigilancia	**CONTRATO No.** CO1.PCCNTR.1962958 Acta de Inicio.	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 17 de noviembre del 2020 Fecha de Terminación: 05 de abril de 2021
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL**		**PLAZO DE EJECUCIÓN: 5 meses** **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: **ANGIE PAOLA TRUJILLO RIVERA**		Fecha de Inicio: Fecha de Terminación: **SUSPENSIÓN:**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **INÉS MARÍA GALINDO HENRÍQUEZ** **SUBDIRECTORA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA**		Fecha de Inicio: Fecha de Terminación: **PERIODO DEL INFORME:** **17 NOVIEMBRE al 30 de NOVIEMBRE**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados en el componente de vigilancia de salud ambiental para vigilancia sanitaria y epidemiológica relacionadas con los establecimientos relacionados con dispositivos médicos, en el Distrito Capital.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$34.875.000,00
VALOR ADICIÓN:	$
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$3.022.500
SALDO POR EJECUTAR:	$31.852.500

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. Apoyar en la formulación de los lineamientos técnicos y operativos para el desarrollo de las diferentes estrategias de vigilancia sanitaria, en establecimientos que elaboran y/o comercializan dispositivos médicos para la salud visual y ocular y a instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Distrito y los establecimientos de alta afluencia de público con los Desfibriladores Externos Automáticos DEA. ,en el marco de la Gestión de la Salud Publico y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, así como realizar	Se participó en la elaboración de los lineamientos y planes de acción correspondientes a la adición del mes de diciembre 2020 y enero 2021	D:\Documentos\PAOLA\SDS\NOVIEMBRE\PRODUCTO_1\ACTIVIDAD_1
	Se realizó la concertación de metas correspondientes al PSPIC 2021 febrero correspondiente a los	D:\Documentos\PAOLA\SDS\NOVIEMBRE\PRODUCTO_1\ACTIVIDAD_2

seguimiento a su implementación según competencia.	proyectos de vigilancia intensificada	
	Se realiza acompañamiento para proyección PSPIC 2021 y cronograma de apoyo con equipo de vigilancia sanitaria.	D:\NOVIEMBRE\PRODUCTO_1 \ACTIVIDAD_3
2. Realizar visita de verificación y generar certificaciones de Dispensación y/o Adecuación para los establecimientos que elaboran y/o comercializan dispositivos médicos para salud visual y ocular en el Distrito Capital.	Se realiza verificación de las SDQS de los establecimientos elaboran y/o comercializan dispositivos médicos para salud visual y ocular en el Distrito Capital.	D:\Documentos\PAOLA\SDS\N OVIEMBRE\PRODUCTO _2
3. Realizar visita de verificación y generar la licencia de prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad y, de practica veterinaria, industrial o de investigación	Se realiza verificación de SDQS solicitudes y se emite respuesta de los mismos dentro d ellos tiempos estipulados.	D:\Documentos\PAOLA\SDS\N OVIEMBRE\PRODUCTO_3
4. Realizar asistencia técnica o acompañamientos en campo en las subredes a cada una de las subredes en los temas relacionados con el objeto contractual.	No se realizó esta actividad	No se realizó esta actividad
5. Apoyar las actividades de urgencias y emergencias en Salud Pública de acuerdo a requerimiento que le sean asignadas por el supervisor.	Se asistió a la unidad de análisis.	D:\NOVIEMBRE\PRODUCTO_5
6. Participar y aportar desde su competencia en la gestión del conocimiento, así como en la elaboración de mínimo un documento para publicaciones	Se realizo mesa de trabajo para tramite de licenciamiento de rx veterinario, industrial y de calidad.	D:\NOVIEMBRE\PRODUCTO_6
7. Proyectar las respuestas en los tiempos establecidos, a los requerimientos presentados por entes de control y demás partes, así como a los informes y solicitudes realizadas por las Subredes Integradas de Servicios de Salud	Se realiza verificación de informes de las subredes.	D:\Documentos\PAOLA\SDS\N OVIEMBRE\PRODUCTO_7\INF ORMES SUBREDES

8. Realizar las acciones del Sistema de Gestión de la Secretaria Distrital de Salud como son planes de mejoramiento, acreditación y gestión documental; así como el reporte de seguimiento mensual a las actividades y metas de los proyectos de inversión relacionados con los procesos asignados.	No se realizó esta actividad.	No se realizó esta actividad
9. Asistir, participar y aportar en los espacios técnicos (institucionales, sectoriales e intersectoriales) donde sea convocado o designado de acuerdo con su competencia.	Se asiste a la reunión con ministerio de salud para brindar capacitación de la línea de intervención de ópticas con consultorio y sin consultorio.	D:\Documentos\PAOLA\SDS\NOVIEMBRE\PRODUCTO_9
	Se asiste a la reunión con procesos legales.	D:\NOVIEMBRE\PRODUCTO_9

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 seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

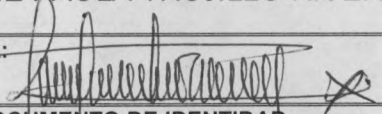
INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	Compensar EPS	Empresa:	PORVENIR	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	$ 180.000	Suma cancelada:	$230.400	Suma cancelada:	$35.100
No Planilla:	9411603699	No Planilla:	9411603699	No Planilla:	9411603699
Mes(es) cancelado(s):	Octubre	Mes(es) cancelado(s):	Octubre	Mes(es) cancelado(s):	Octubre

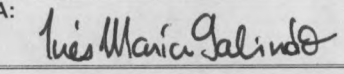
EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

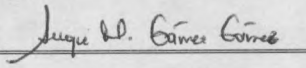
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:		Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, CORDIS, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:		Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar	

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
				nombres, cantidades y ubicación):	

CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS:** ANGIE PAOLA TRUJILLO RIVERA
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1.012.391.991 de Bogotá**

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 9,4 % de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **INÉS MARÍA GALINDO HENRÍQUEZ**
	FIRMA: 

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** **ANGIE MAGELLI GOMEZ GOMEZ**
	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.*

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012391991		TRUJILLO RIVERA ANGIE PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 65 D SUR # 78K 05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7802576	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	770301136	9411603699	I	2020/11/24	2020/10/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$445,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO						PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días		IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,440,000	$230,400			$1,440,000	$180,000			$0	$0			$1,440,000	$35,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,440,000	$230,400			$1,440,000	$180,000			$0	$0			$1,440,000	$35,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,440,000	$230,400			$1,440,000	$180,000			$0	$0			$1,440,000	$35,100		$0	$0
1	CC	1012391991	TRUJILLO ANGIE	230301	30	$1,440,000	$230,400	EPS008	30	$1,440,000	$180,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,440,000	$35,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,440,000	$230,400			$1,440,000	$180,000			$0	$0			$1,440,000	$35,100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012391991		TRUJILLO RIVERA ANGIE PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 65 D SUR # 78K 05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7802576	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	770301136	9411603699	I	2020/11/24	2020/10/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$445,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,400	$0	$0	$230,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$230,400	$0	$0	$230,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$0	$0	$35,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$35,100	$0	$0	$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$180,000	$0	$0	$180,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$180,000	$0	$0	$180,000
TOTAL				1	$445,500	$0	$0	$445,500