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: **SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**	**CONTRATO No.** **CO1.PCCNTR.1728655**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 19-08-2020 Fecha de Terminación: 18-03-2021
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN: 7 MESES** **PRÓRROGA: N/A**
CONTRATISTA: **DANIELA DIAZ MENDEZ**		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **SUSPENSIÓN:** N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **Dr. DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO** **SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DEL RIESGO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **PERIODO DEL INFORME:** **01 al 18 de MARZO de 2021**
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:	$ 21.000.000
VALOR ADICIÓN:	N/A
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 18.600.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 1.800.000
SALDO POR EJECUTAR:	$ 600.000

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 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: 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. 2- Utilicé las herramientas tecnológicas: SIDCRUE; Premier One y Telefonía; para los **incidentes relacionados con COVID-19**	EVIDENCIAS DIGITALIZADAS (CD)

	asistidos y apoyados durante el período del presente 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 elaboración de los respectivos informes y documentos técnicos relacionados con la situación de Urgencias, Emergencia y Desastre.	En el desarrollo del presente período realicé **2** actividades repetitivas y ejecutadas según las necesidades del servicio: 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. 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: **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: **1-** Cumplí con las diferentes orientaciones verbales impartidas por la enfermera profesional en cada turno asignado. 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: **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. **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.	EVIDENCIAS DIGITALIZADAS (CD)

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:	COMPENSAR	Empresa:	PROTECCION	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	$ 150.000	Suma cancelada:	$ 192.000	Suma cancelada:	$ 29.300
No Planilla:	8349138897	No Planilla:	8349138897	No Planilla:	8349138897
Mes(es) cancelado(s):	FEBRERO 2021	Mes(es) cancelado(s):	FEBRERO 2021	Mes(es) cancelado(s):	FEBRERO 2021

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	

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	COMPENSAR	Empresa:	PROTECCION	Empresa:	SURA
Suma cancelada:	$ 113.600	Suma cancelada:	$ 145.400	Suma cancelada:	$ 22.200
No Planilla:	8349190501	No Planilla:	8349190501	No Planilla:	8349190501
Mes(es) cancelado(s):	MARZO de 2021	Mes(es) cancelado(s):	MARZO de 2021	Mes(es) cancelado(s):	MARZO de 2021

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:	SIDCRUE: Usuario: **ddiaz** Contraseña: **1016112071** PREMIER ONE: Usuario: **MDDIAZMENDEZ** Contraseña: **Sol1016112071***	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: DANIELA DIAZ MENDEZ**				
	FIRMA: Daniela Diaz M				
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 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 100% de ejecución del contrato. Certifico que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo, incluyendo la devolución del carné que lo identifica como contratista de la entidad.	**OTRAS OBSERVACIONES:**
SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO: DRA. DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO**
	FIRMA:
	NOMBRE Y APELLIDO: DRA. LADY JOHANNA TORRES

REVISÓ	**FIRMA:** Lady Johanna Torres

❖ *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.*

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **DANIELA DIAZ MENDEZ**, identificada con **CC** número **1016112071**, aportó por el empleado **DIAZ MENDEZ DANIELA** identificado(a) con **CC** número **1016112071** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 03 - 2021 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA																0		30	$908,526	0.02436	$22,200	$0	$0	3/1/2021 12:00:00 AM	8349190501	3/17/2021 12:00:00 AM	NO
EPS008	Compensar EPS																0		30	$908,526	0.12500	$113,600	$0	$0	3/1/2021 12:00:00 AM	8349190501	3/17/2021 12:00:00 AM	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)																0		30	$908,526	0.16000	$145,400	$0	$0	3/1/2021 12:00:00 AM	8349190501	3/17/2021 12:00:00 AM	NO

El presente certificado se expide a los **23** días del mes **Marzo** de **2021**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **DANIELA DIAZ MENDEZ**, identificada con **CC** número **1016112071**, aportó por el empleado **DIAZ MENDEZ DANIELA** identificado(a) con **CC** número **1016112071** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 02 - 2021 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA																0		30	$1,200,000	0.02436	$29,300	$0	$0	2/1/2021 12:00:00 AM	8349138897	3/8/2021 12:00:00 AM	NO
EPS008	Compensar EPS																0		30	$1,200,000	0.12500	$150,000	$0	$0	2/1/2021 12:00:00 AM	8349138897	3/8/2021 12:00:00 AM	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)																0		30	$1,200,000	0.16000	$192,000	$0	$0	2/1/2021 12:00:00 AM	8349138897	3/8/2021 12:00:00 AM	NO

El presente certificado se expide a los **23** días del mes **Marzo** de **2021**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

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

CERTIFICA:

No. Ticket: **37447**

Que el (la) señor (a) **DANIELA DIAZ MENDEZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.016.112.071** de **Bogotá** informa la terminación de la vinculación por: Contrato de Prestación de servicios N° **1728655** 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 **18 de Marzo de 2021**

CHECK LIST	SERVICIOS	DESCRIPCIÓN
1	Cuenta de Usuario / Red	NO
2	Cuenta de Correo Personal Institucional y/u otro correo institucional	NO
3	Permisos sobre aplicaciones-	NO
4	Permisos sobre bases de datos	NO
5	Permisos de Escritorio Remoto	SI
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	NO
10	Permisos sobre carpetas	NO
11	Extensión Telefónica	NO

Se expide la presente certificación a petición del interesado (a) en Bogotá, D.C., el día jueves, 18 de marzo de 2021.

Yesid Ferney Lozano Suelta.
Técnico Operativo.
Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones – TIC
Edificio Administrativo – Piso 4

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), **DANIELA DÍAZ MÉNDEZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No, 1.016.112.071 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 15 días del mes de marzo de 2021.

Firma: Efren Rueda V.

Nombre: Efrén Rueda Vega

BIBLIOTECA

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

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) **DANIELA DIAZ MENDEZ,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía No **1.016.112.071,** 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 (19) días del mes de marzo 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: Luis Eduardo Campos Bernal	Firma.