| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>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.5 | Elaborado por: Luis Eduardo Zamora Sánchez<br>Revisado por: Ingrid Natalia Escobar<br>Aprobado por: Francisco José Guerrero Loaiza |

| | | |
|---|---|---|
| **DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:**<br><br>**CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS** | **CONTRATO No.**<br><br>**2292555 DE 2021** | **PERIODO DEL CONTRATO:**<br>Fecha de Inicio:<br>26-02-2021<br>Fecha de Terminación:<br>31-12-2022 |
| **ENTIDAD CONTRATANTE:**<br><br>**FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN:**<br>**22 MESES 6 DIAS**<br>**PRÓRROGA: N/A** |
| **CONTRATISTA:**<br><br>**YADY PALOMO ROMERO** | | Fecha de Inicio: **N/A**<br>Fecha de Terminación: **N/A**<br>**SUSPENSIÓN: N/A** |
| **SUPERVISOR (Nombre y cargo):**<br><br>**DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO**<br><br>**Subdirectora Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud** | | Fecha de Inicio: **N/A**<br>Fecha de Terminación: **N/A**<br>**PERIODO DEL INFORME:**<br>**01 al 30 junio de 2021** |
| **OBJETO DEL CONTRATO:**<br>Prestar servicios como Técnico Auxiliar de Enfermería en la subdirección centro regulador de urgencias y emergencias, para gestionar la respuesta sanitaria a los incidentes en salud de las urgencias , emergencias y desastres en el marco de sistema de emergencias médicas. | | |

| **BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | **$ 71.228.976** |
| **VALOR ADICIÓN:** | $ N/A |
| **VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:** | **$ 8.814.288** |
| **VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:** | **$ 2.892.720** |
| **SALDO POR EJECUTAR:** | **$ 59.521.968** |

| **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. . Realizar la gestión integral de los incidentes 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 en el marco de la ejecución del proyecto 7835 | Para el desarrollo de esta actividad, se gestionaron los incidentes que ingresaron al Centro Operativo, durante el periodo, de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica. | "Certificación incidentes 2071 YADY PALOMO ROMERO "ID MYPALOMOROME se evidencian en cd |

| | | |
|---|---|---|
| 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, interacción con Salud Pública, así como el apoyo en la elaboración de los respectivos informes y documentos técnicos según solicitud de la sub dirección en el marco de la emergencia o Desastres presentado en el marco de la ejecución del proyecto 7835. | Durante el periodo fue requerido el apoyo para la respuesta ante situaciones de emergencias o desastres, se solicitó la activación de la Cadena de Llamadas, alertas hospitalarias, Salud Pública, no se requirió la elaboración de informes ni documentos técnicos relacionados con situaciones de emergencia o desastre.<br>Se realizaron llamadas de seguimiento a paciente con sospecha de Covid-19. | Se alertaron diferentes instituciones informando la llegada de pacientes a cada institución, por solicitud de despacho o medico regulador del turno.<br>Se realizó seguimiento de pacientes agredidos en las manifestaciones.<br>Se alertaron diferentes instituciones informando la llegada de pacientes a cada institución, por solicitud de despacho o medico regulador del turno.<br>Se solicitó carril de Transmilenio para diferentes vehículos de emergencias |
| 3. Cumplir con las condiciones para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio atendiendo los lineamientos establecidos por la entidad en el marco de la ejecución del proyecto 7835. | Se cumplieron las condiciones para la ejecución del contrato, en circunstancias de modo, tiempo y lugar indicadas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. | En el CD" Certificación horas |
| 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 marco de la ejecución del proyecto 7835. | Durante este periodo no se realizaron reuniones, convocadas por la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud y la Subdirección centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud. | Durante este periodo no se realizaron reuniones, convocadas por la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud y la Subdirección centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud. |
| 5. Apoyar con la elaboración de informes, documentos técnicos, respuesta a las solicitudes, peticiones, quejas y reclamos que se reciben a través de la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud - Secretaria Distrital de Salud, relacionadas con temas de su competencia, en el marco de la ejecución del proyecto 7835. | Durante el periodo fue requerido realizar informe, documento técnico o respuesta por parte de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud. | No hay requerimiento por parte de la subdirección y la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud. |

**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.

| INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **APORTES EN SALUD** | | **APORTES EN PENSIÓN** | | **APORTES RIESGOS LABORALES** | |
| Empresa: | Famisanar | Empresa: | Colpensiones | Empresa: | ARL sura |
| Suma cancelada: | 154.900 | Suma cancelada: | 198.300 | Suma cancelada: | 30.200 |
| No Planilla: | 50751147 | No Planilla: | 50751147 | No Planilla: | 50751147 |
| Mes(es) cancelado(s): | Mayo 2021 | Mes(es) cancelado(s): | Mayo 2021 | Mes(es) cancelado(s): | Mayo 2021 |

| 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:** | | **YADY PALOMO ROMERO** | | |
| | **FIRMA:** | | | | |
| | **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | **52.534.509 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 18.80 % de ejecución del contrato. | **OTRAS OBSERVACIONES:** |

**INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO**

En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

| *Nº* | *Descripción del Riesgo* | *¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)* | | *Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)* |
|---|---|---|---|---|
| | | *SI* | *NO* | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | |
|---|---|
| | |
| **SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO:** **DRA. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO**<br>**FIRMA:** |

| | |
|---|---|
| **REVISÓ** | **NOMBRE Y APELLIDO:** **DRA. LADY JOHANA TORRES**<br>**FIRMA:** Lady Johana 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

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52534509 | YADY PALOMO ROMERO | carrera 37 # 33 - 90 | 3043287508 | yadypaloma@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | 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 | |
| 2021-05 | 2021-05 | I | 09/06/2021 | 50751147 | $408.200 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 154.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 154.900 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 198.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 198.300 | 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 | 30.200 | | | | 30.200 | 0 | 0 | 30.200 | | | 302 | 30.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 24.800 | 0 | 0 | 24.800 | 1 |

**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 | 154.900 | 154.900 |
| Pensión | 1 | 198.300 | 198.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 30.200 | 30.200 |
| CCF | 1 | 24.800 | 24.800 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 408.200 | 408.200 |

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 | 52534509 | YADY PALOMO ROMERO | | carrera 37 # 33 - 90 | 3043287508 | yadypaloma@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | 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 | |
| 2021-05 | 2021-05 | I | 09/06/2021 | 50751147 | $408.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colombia | Sufijo | Extranjero | Colombiano Exterior | Estudiante | Ing | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | Corrección | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cod. 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 | 52534509 | PALOMO ROMERO YADY | 59 | 0 | | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.239.000 | 198.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.239.300 | 154.900 | 14-11 | 1.239.300 | 3 | 33.230 | CCF22 | 1.239.000 | 24.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

OK

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