DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD	**CONTRATO No.** CO1.PCCNTR.500552
PERIODO DEL CONTRATO: Plazo de ejecución: **(3) meses**	Fecha de inicio: 09 de agosto de 2018
	Fecha de terminación: 08 de noviembre de 2018
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD	
CONTRATISTA: ANGEL MAURICIO OLIVEROS REYES	
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Técnico Auxiliar de Enfermería para el ejercicio de la regulación de la urgencia médica, de acuerdo con las necesidades de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.	

OBLIGACIONES Y PRODUCTOS DEL CONTRATO		
OBLIGACIONES *(Las estipuladas en la minuta del contrato)*	**PRODUCTOS / LOGROS** *(con respecto a las obligaciones)*	**EVIDENCIA DEL PRODUCTO Y SU UBICACIÓN (*)**
1. Realizar la gestión integral de los incidentes que ingresen al Centro Operativo, en el ejercicio de rectoría del Sistema de Emergencias Médicas, aplicando lo definido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica establecida para el perfil.	1. Para el desarrollo de esta actividad realicé un total de 2.274 registros, con los ID 33234, para la gestión de los incidentes que ingresaron al Centro Operativo, durante el período comprendido entre el 09 de agosto de 2018 al 08 de noviembre de 2018, de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica para el perfil.	Se adjunta información en CD archivos: "Certificación Incidentes ANGEL MAURICIO OLIVEROS REYES"
2. Realizar las acciones de apoyo, que permitan la respuesta ante situaciones de emergencias o desastres incluyendo la activación de la Cadena de Llamadas, alertas hospitalarias, Salud Pública, así como la elaboración de los respectivos informes y documentos técnicos relacionados con la situación de emergencia o Desastre.	Se realiza el despacho y respectivo seguimiento de los recursos disponibles en los incidentes ProCAD numero: • CR_P_510443084 • CR_T_493992084	Se anexa en el CD archivos: La información se evidencia en el módulo de emergencias SIDCRUE número de secuencias: • 8698-602 • 8698-607
3. Cumplir con las condiciones para la ejecución del contrato, en circunstancias de modo, tiempo y lugar.	Cumplí con las condiciones para la ejecución del contrato en circunstancias de modo, tiempo y lugar, de acuerdo a las indicaciones de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias durante el período comprendido entre el 09 de agosto de 2018 al 08 de Noviembre de 2018.	Resumen de ingreso al Sistema de Información SIDCRUE con el usuario "ANGEL MAURICIO OLIVEROS REYES". La evidencia reposa en el módulo del SIDCRUE, Entrega de Turno. Se adjunta en CD archivos: "Logueos SIDCRUE" Se adjunta información en CD.
4. Participar en las diferentes capacitaciones y reuniones que sean convocadas por la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud.	Durante este periodo no fue requerido asistir a reuniones por parte de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, relacionadas con temas de mi competencia.	Durante este periodo No hay productos por qué no fue requerido.
5. Apoyar con la elaboración de informes, documentos técnicos, respuesta a las solicitudes, peticiones, quejas y reclamos que se recibe a través de la Secretaria Distrital de Salud – Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, relacionadas con temas de su competencia.	Durante el período de ejecución del contrato, se gestionaron las solicitudes que ingresaron por el área de Referencia y Contra referencia del CRUE. Se realizaron los respectivos registros de las novedades reportadas por las	La evidencia reposa en el módulo SIDCRUE. Referencia y Contra referencia. Y en Novedades Institucionales. Se adjunta información en CD archivos:

	instituciones prestadoras de salud, Públicas y Privadas, que ingresaron al correo institucional de referencia y Contra referencia	"Novedades institucionales"

OTROS ASPECTOS

a. Actividades adicionales asignadas por el supervisor de contrato, de acuerdo con lo establecido en la minuta contractual, estipulaciones contractuales, numeral 13 Obligaciones generales del contratista, literal **m.** y **s.**
NINGUNO

ACTIVIDADES

b. Temas y actividades pendientes y/o en desarrollo (reuniones, auditorias, acciones mejoramiento de las que se es responsable, derechos de petición, informes, tutelas, correspondencia asignada, etc.) que estén a cargo, indicando por qué no se han desarrollado. NINGUNO

ACTIVIDADES

c. Grupos de trabajo y/o apoyo en los que participa (Acreditación, SIG, Brigada de Emergencia, Comités, COPASO, PIGA, etc) y actividades pendientes en cada uno de ellos.

GRUPO DE TRABAJO Y/O APOYO	ACTIVIDADES O ACCIONES PENDIENTES
Durante el desarrollo del contrato, no fui invitada a participar en ningún grupo de trabajo o apoyo.	Hasta la fecha no tengo actividades en desarrollo o pendientes.

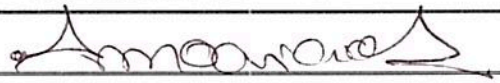
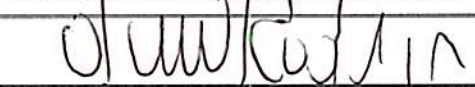
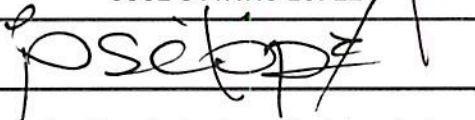
d. Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. *(Por favor especificar nombres, cantidades y ubicación)*.

ARCHIVO FÍSICO	UBICACIÓN(*)
NINGUNO	
ARCHIVO DIGITAL	**UBICACIÓN (*)**
NINGUNO	

e. Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:

No se recibió asignación de algún equipo de cómputo, por lo tanto, no se posee usuario ni clave de acceso

f. Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, CORDIS, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ (etc), si aplican sus actividades.
Usuario ProCAD: 33234-32234 – Contraseña: Sacha101
-Usuario SIDCRUE: amoliveros- sacha1013.

CONTRATISTA	**NOMBRE Y APELLIDO:**	**ANGEL MAURICIO OLIVEROS REYES**
	FIRMA:	
	No. CEDULA:	**1013600982**
SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:**	**DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO**
	FIRMA:	
RECIBIO	**NOMBRE Y APELLIDO:**	**JOSE OCTAVIO LOPEZ**
	FIRMA:	

Adjunto un (1) CD con los soportes de las actividades desarrolladas durante la ejecución del contrato.

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	1013600982	angel mauricio oliveros reyes		calle 71 sur 94a 48	7267263	almaooliveros@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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	CANTIDAD UPC
			2018/11/20		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-11	2018-11	1		31284327	$352.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	142.500	0		0		0	0	0	0	142.500	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	182.400	0	0	0	0	0	0		182.400	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										
14-28	ARP Sura	800256161-9	27.800				27.800	0	0	27.800			278	27.800	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	142.500	142.500
Pensión	1	182.400	182.400
Riesgos Laborales	1	27.800	27.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	352.700	352.700

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	1013600982	angel mauricio oliveros reyes	calle 71 sur 94a 48	7287253	almaooliveros@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	
2018-11	2018-11	I		31284327	$352.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Exonerado	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	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	1013600982	oliveros reyes angel mauricio	59	0			N																	25-14	1.140.000	182.400	0	0	0	0	EPS008	1.140.000	142.500	14-28	1.140.000	3	27.800		0	0	0	0	0	0	0	0

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCION DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL
ENTREGA ACTIVIDADES Y BIENES A CARGO
Código SDS-THO-FT-033 V. 4

Elaborado por:
Aleyci Moscoso / Jeison Perdomo / Mary Suárez
Revisado por:
Sonia Florez / Gloria Urrego / Arleth Saunth
Aprobado
Luz Marina López Salamanca

FECHA : _____ Carrera Administrativa: ( ) Libre Nombramiento y Remoción: ( ) Provisional: ( ) Contrato: (X) Número: _____

NOMBRE DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA: Angel Mauricio Oliveros Reyes.

CARGO: Tecnico Auxiliar de enfermeria PERFIL /categoria (en el caso de contratistas)

DEPENDENCIA: CRUE.

Este formato es de obligatorio cumplimiento para todos los servidores publicos y contratistas que se retiran de la Entidad, cambian de dependencia o terminan el Contrato, lo deben entregar completamente diligenciado y firmado por el Director y/o Subdirector y/o Jefe de Oficina.

Es responsabilidad del Jefe inmediato o supervisor de contrato (según el caso), verificar la entrega completa oportuna de los elementos relacionados en el formato, con el fin de tener una trazabilidad de las actividades desarrolladas, así como el reintegro de los bienes entregados en custodia por la Entidad, sin importar su tipo de vinculación (Resolución 1096 de 2011).

No.	DESCRIPCIÓN	Entrega SI	Entrega NO	Entrega N/A	OBSERVACIONES
	ENTREGA ACTIVIDADES A CARGO				
1	PERSONAL DE PLANTA: Acta de entrega de cargo (Código SDS-THO-FT-066), evaluación del desempeño definida por el Sistema de Gestión del Desempeño según corresponda (EDL, Evaluación de la Gestión de Empleados Provisionales, Acuerdos de Gestión). Todos los soportes guardados en digital en la carpeta "O".				
	CONTRATISTA: Informe final del contrato, avalado por el Supervisor del contrato, en el formato establecido para tal fin. Todos los soportes guardados en digital en la carpeta "O".				Dechgue
	SUPERVISOR DE CONTRATO: En caso de ser supervisor de contrato incluir el Informe de avance y ejecución contractual parcial del supervisor (Código SDS-CON-FT-071)				
	ELEMENTOS Y BIENES A CARGO				**FIRMA DEPENDENCIA QUE RECIBE O CERTIFICA**
2	Carné de Identificación Institucional (Se entrega en Seguridad y Control - primer piso edificio administrativo)	X			Aida Gonzalez 21-11-18
3	Tarjeta de Control de Acceso (Se entrega en Seguridad y Control - primer piso edificio administrativo)	X			Aida Gonzalez 21-11-18
4	Carné de ingreso vehicular (Se entrega en Seguridad y Control - primer piso edificio administrativo)			X	Aida Gonzalez 21-11-18
5	Certificación de bienes devolutivos a cargo, expedida por Subdirección de Bienes y Servicios	X			
6	Certificación de entrega recursos TIC - expedida por Dirección TIC (cuenta de usuario, cuenta de correo, permisos sobre: aplicaciones, bases de datos, escritorio remoto, páginas especiales, etc.)				
7	Relación de correspondencia pendiente por gestionar (según Sistema CORDIS)				MP Lara
8	Expediente o carpetas prestadas por Archivo Central (se entrega en sótano - edificio administrativo)			X	21-11-2018. KATHERIN HABON
	Expediente o carpetas prestadas por Subdirección de Contratación (se entrega en séptimo piso - edificio administrativo)				
9	Llaves, libros, prendas con logos institucionales y otros elementos propiedad de la SDS y no registrados en el inventario de la entidad				

NOMBRE DE QUIEN RECIBE LOS SOPORTES: (Jefe inmediato, Delegado, Supervisor del Contrato): _____ FIRMA: _____

Nota: Con la presente firma, certifico que la información producto de las actividades a cargo de la persona que realiza la entrega, fue suministrada en medio digital e impreso y además se realizó copia de la misma en la carpeta "O" de la respectiva dependencia.

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA: _____ FIRMA: _____

CC. 1013600982

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

22- Noviembre-2018

COIPCCNTR 62336

024000

MEMORANDO

terminacion 8-11-2018.
Angel Mauricio diveros
Reyes.
CC 1013600982. Bogot
terminacion de contrat
sob direccion CRUE
S.decrue.
2 folderos.

PARA MAGDA MERCEDES AREVALO
Directora Financiera

DE CONSUELO PEÑA APONTE
Directora de Provisión de Servicios de salud

ASUNTO Documentos de Alvinzy II Velásquez. Cto 0627/17 para pago. ~~esti~~

Cordial saludo,

Me permito enviar los documentos de Alvinzy II Velasquez Becerra del Contrato 0627 del 2017 para pago del periodo 11 de enero al 10 de Febrero del 2018.

Relación de documentos:

- Factura original
- Certificado original de supervisor del periodo 11 de enero al 10 de Febrero del 2018
- Informe correspondiente del periodo certificado.
- Copias pago de salud, pensión y ARL de los meses enero y Febrero de 2018

Cordialmente,

CONSUELO PEÑA APONTE

Anexo: Diez (10) Folios

Elaboró: Ma. Fernanda G

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCION DE TIC SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE RECURSOS TIC Código: SDS-TIC-FT-035 V.1	Elaborado por: Mary Suárez Revisado por: Isabel Mira R. Aprobado por: Arleth Patricia Saurith Contreras	

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

CERTIFICA:

No. Ticket: **10506**

Que el (la) señor (a) **ANGEL MAURICIO OLIVEROS REYES** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1013600982** de **Bogotá**, informa la terminación de la vinculación por: Contrato de Prestación de servicios No. **623369** 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 **22** mes **Noviembre** Año **2018**.

CHECK LIST	SERVICIOS	DESCRIPCIÓN
1	Cuenta de Usuario / Red	amoliveros
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	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	NO

Se expide la presente certificación a petición del interesado (a) en Bogotá, D.C., a los **22** días del mes **Noviembre** del año **2018**

Fernando Salamanca
Profesional Universitario
Dirección TIC

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 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.01	Elaborado por: Ana Sofia Alvarado Rodriguez - Sonia Luz Florez Gutierrez Revisado por: Julio Cesar Macias Camero - Aprobado por: Carmen Lucia Tristancho Cediel	

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) **ANGEL MAURICIO OLIVEROS REYES,** Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No **1013600982,** 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 veintidós (22) días del mes de noviembre del año Dos Mil Dieciocho (2018).

.

ORIGINAL FIRMADO
CARLOS FERNANDO MEZA SOLIS

CARLOS FERNANDO MEZA SOLÍS
Delegado Propiedad Planta y Equipo

Para uso exclusivo - Propiedad Planta y Equipo

Verificación realizada en el Sistema por: LUIS HERNAN FERNANDEZ	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) ANGEL MAURICIO OLIVEROS REYES, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 1013600982, dio cumplimiento a la Resolución No 0068 de 2000.

Se expide la presente certificación a petición del (la) interesado(a) en Bogotá D.C a los 21 días del mes de noviembre de 2018.

Firma:

Nombre: EDGAR ALBERTO VILLAMIL BECERRA

Profesional Especializado - BIBLIOTECA

Verificación realizada en el Sistema por: EDGAR A. VILLAMIL	Firma: