ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA 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	Versión:	7
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano				

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: *Dirección Salud Colectiva*	**CONTRATO No.** *6351096*	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 24/05/2024 Fecha de Terminación: *31/07/2024*
ENTIDAD CONTRATANTE: *Fondo Financiero Distrital de Salud*		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** *Sesenta y siete días (67)* **PRÓRROGA:** *No Aplica*
CONTRATISTA: *LAURA BERNAL TABARES*		Fecha de Inicio (Prórroga) *No Aplica* Fecha de Terminación (Prórroga): No Aplica **SUSPENSIÓN:**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **PATRICIA EUGENIA MOLANO BUILES** **Dirección de Salud Colectiva - Director Técnico Código 9 Grado 07 (Del 25/05/2024 al 31/05/2024)** **JENNY CAROLINA PERALTA CARVAJAL** **Dirección de Salud Colectiva - Director Técnico Código 9 Grado 07 (E) (24/05/2024)**		Fecha de Inicio (Suspensión): No aplica Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): No aplica **PERIODO DEL INFORME:** **24/05/2024 – 31/05/2024**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales en la Subsecretaría de Salud Pública orientados al fortalecimiento de las acciones relacionadas con estrategias de comunicación.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	*$11.038.317*
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	*$0*
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$0
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	*$0*
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	*$0*
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	*$0*
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	*$1.153.257*
SALDO POR EJECUTAR:	$9.885.060

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.Participar en el diseño, ajuste, difusión y asistencia técnica requerida para el contenido comunicativo de los procesos de la Gestión en Salud Pública, e Inspección, Vigilancia y Control, en la Subsecretaría de Salud Pública durante la planificación, ejecución y seguimiento de las acciones de información,	1_1 Se realizó reunión para la planificación del diseño y ajuste de contenido comunicativo para la jornada de salud sexual y reproductiva del hombre y de prevención del consumo de alcohol. Se realizó diseño de impresión para un comunicado de prensa de vacunación del VPH para la comunidad académica	*1_1_1 Reunion_induccion_LauraBernal_28052024* *1_1_2 Comunicado_Prensa.pdf*

educación y comunicación para la salud colectiva, en concertación con el equipo de trabajo, los equipos técnicos de la Subsecretaría de Salud Pública y de las Subredes Integradas de Servicios de Salud y las dependencias correspondientes.		*Se cargan en drive los archivos en la carpeta denominada 011000, subcarpeta mayo-2024, subcarpeta Obligación_1, y se cargan en SECOP II.*
2. Ejecutar actividades de fortalecimiento de las capacidades y habilidades para el desarrollo de procesos de educación y comunicación al talento humano que operan los procesos de la Gestión de la Salud Pública, e Inspección, Vigilancia y Control en el territorio a través de estrategias pedagógicas establecidos por la Subsecretaría de Salud Pública.	2_1_ Para el periodo de reporte no se reportan acciones relacionadas a la actividad.	No se reporta soporte
3. Brindar apoyo en la gestión contractual de los procesos que se adelantan en la Subsecretaría de Salud Pública de los contratos y convenios que le sean asignados, incluidos los convenios para la Gestión de la Salud Pública –GSP y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PSPIC.	3_1_Se asistió a la Mesa Técnica de Cultura+Salud en la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte el 31 de mayo de 2024. Se encuentra pendiente el soporte de acta o listado por parte de la Secretaria de Cultura, por lo que se adjunta como soporte el correo de la invitación.	3_1_1_Correo_InvitacionMesaSec.Salud+Cultura *Se cargan en drive los archivos en la carpeta denominada 011000, subcarpeta mayo-2024, subcarpeta Obligación_3, y se cargan en SECOP II.*
4. Responder de manera oportuna y con calidad a solicitudes internas o externas de gestión, información y mejora, así como a las peticiones ciudadanas, de entes de control o informes periódicos, dando cumplimiento al marco normativo o técnico y gestionar el diligenciamiento de formatos de e informes y documentos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) que incluye el reporte a proyectos de inversión del Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. (SEGPLAN), y del Plan Operativo de Gestión y Desempeño (POGD), así como la gestión documental a cargo del equipo de trabajo.	4_1_ Para el periodo de reporte no se reportan acciones relacionadas a la actividad.	No se reporta soporte
5. Intervenir técnicamente para la respuesta a urgencias y emergencias en salud pública, así como participar en las reuniones, espacios de participación (institucionales,	5_1_ Se asistió a reunión citada por Hugo Céspedes para la socialización del Sistema de Gestión de Calidad	5_1_1Acta_reuni_SGC_GSP_30_05_24

sectoriales, intersectoriales o comunitarias) o actividades misionales de carácter especial de la Subsecretaría relacionadas con el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales.		*Se cargan en drive los archivos en la carpeta denominada 011000, subcarpeta mayo-2024, subcarpeta Obligación_5, y se cargan en SECOP II.*

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: *NO APLICA*

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:	Compensar	Empresa:	Skandia (Old Mutual)	Empresa:	Sura
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	$200.000	Suma cancelada:	$255.900	Suma cancelada:	$39.000
No Planilla:	77964099	No Planilla:	77964099	No Planilla:	77964099
Mes(es) cancelado(s):	Mayo/2024	Mes(es) cancelado(s):	Mayo/2024	Mes(es) cancelado(s):	Mayo/2024

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	*NO APLICA*	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	*NO APLICA*	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):	*NO APLICA*

FIRMA DEL CONTRATISTA

CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS: LAURA BERNAL TABARES**
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: *1.026.301.009*

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 10,45% de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:** **No aplica**

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***	
2	*Que se presenten nuevos lineamientos gubernamentales*		*x*	*No aplica*
8	*Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista*		*X*	*No aplica*
9	*Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista*		*X*	*No aplica*
10	*Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista*		*X*	*No aplica*
11	*suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen*		*X*	*No aplica*
12	*Incumplimiento de las obligaciones contractuales por el contratista*		*X*	*No aplica*
13	*No iniciar los procesos administrativos de imposición de multas, sanciones o incumplimientos de manera oportuna.*		*X*	*No aplica*

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **PATRICIA EUGENIA MOLANO BUILES** **JENNY CAROLINA PERALTA CARVAJAL**
	FIRMA: El presente informe es suscrito por la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** **JUAN CARLOS FIGUEROA GODOY - Revisión Técnica** **ANGÉLICA CELINA BOTELLO QUINTANA - Revisión Financiera**
	FIRMA:

NOTAS:

** El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.*
** Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.*
** Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.*

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	1026301009	LAURA BERNAL TABARES	Carrera 19 # 51 - 38	6159876	blaura1902@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

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	
2024-05	2024-05	I	18/06/2024	77964099	$532.100	

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	200.000	0		0		0	12	1.900	0	201.900	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
230901	Old Mutual	800253055-2	255.900	0	0	0	0	12	2.500	0	258.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	39.000				39.000	12	400	39.400			390	39.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.000	12	400	32.400	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	200.000	201.900
Pensión	1	255.900	258.400
Riesgos Laborales	1	39.000	39.400
CCF	1	32.000	32.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	526.900	532.100

PAGADA

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
CC	1026301009	LAURA BERNAL TABARES		Carrera 19 # 51 - 38	6159876	blaura1902@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

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	
2024-05	2024-05	I	18/06/2024	77964099	$532.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. 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	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	1026301009	BERNAL TABARES LAURA	59	0			N																	230901	1.599.227	255.900	0	0	0	0	EPS008	1.599.227	200.000	14-11	1.599.227	3	39.000	CCF24	1.599.227	32.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Medellín, 23 de may de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que LAURA BERNAL TABARES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1026301009 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 24/05/2024 **Fecha fin cobertura:** 31/07/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD N800246953

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1841301 - REGULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ORGANISMOS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD, EDUCATIVOS, CULTURALES Y OTROS SERVICIOS SOCIALES, EXCEPTO SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL, INCLUYE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE PROGRAMAS DESTINADOS A AUMENTAR EL BIENESTAR SOCIAL DE LA COMUNIDAD EN MATERIA DE: SALUD, EDUCACIÓN, CULTURA, DEPORTE, SERVICIOS RECREATIVOS, MEDIO AMBIENTE, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS DE VIVIENDA, TALES COMO MINISTERIOS, SUPERINTENDENCIAS Y COMISIÓN DE REGULACIÓN ENTRE OTROS

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL DC

CLASE: 1 **PORCENTAJE:** 0.522% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARÁCTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ÓRGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARÁCTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ÓRGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1841201

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 23/05/2024 3.14 PM