| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. 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 | Elaborado por: Jairo Armando Moreno<br>Revisado y Aprobado por: Andrea Pedroza |  |
|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:**<br>**SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS** | **CONTRATO No.**<br>CO1.PCCNTR.1498309 | **PERIODO DEL CONTRATO:**<br>Fecha de Inicio: 13-04-2020<br>Fecha de Terminación: 12-07-2020 |
| **ENTIDAD CONTRATANTE:**<br>**FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES**<br>**PRÓRROGA: N/A** |
| **CONTRATISTA:**<br>**Nydia Marcela Cortés Cavanzo** | | Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A<br>**SUSPENSIÓN:** N/A |
| **SUPERVISOR (Nombre y cargo):**<br>**Diana Constanza Rodríguez Posso**<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: 01 a 30 de Junio de 2020** |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios de apoyo y gestionar los eventos relacionados con COVID19 para el 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:** | $ 9.000.000 |
| **VALOR ADICIÓN:** | $N/A |
| **VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:** | $4.800.000 |
| **VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:** | $3.000.000 |
| **SALDO POR EJECUTAR:** | $1.200.000 |

| **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 relacionados con COVID-19 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. | Para el desarrollo de esta actividad, se realizaron 148 registros en el sistema SIDCRUE usuario: nmcortes y se realizaron 32 registros en el sistema PREMIER ONE con el usuario: MRUOSTOS, para la gestión integral de los incidentes relacionados con COVID-19 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. | Se adjunta la certificación de incidentes o registros en CD, archivo SDS carpeta certificación de registro SIDCCRUE y PREMIER ONE. Se adjunta Números de incidentes anotados en el transcurso de la labor. |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | Para el desarrollo de esta actividad únicamente se realizó recepción de llamadas. | Para el desarrollo de esta actividad únicamente se realizó recepción de llamadas. |
| 3. Cumplir con las condiciones para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar. | Se cumplieron con las condiciones para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar. | Se adjunta certificación de asistencia en CD, archivo SDS carpeta certificación asistencia. |
| 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. | Se asistió a la capacitación el día 03 de junio 2020, tema: capacitación PREMIER ONE.<br>Se asistió a la capacitación día 05 de junio 2020, tema: capacitación PREMIER ONE.<br>Se asistió a la capacitación día 07 de junio 2020, tema: capacitación PREMIER ONE. | Se adjunta listado de asistencia a la capacitación en CD, archivo SDS carpeta asistencia capacitación |
| 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. | No fueron programadas acciones adicionales para este periodo | Para el desarrollo de esta actividad únicamente se realizó recepción de llamadas |

**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 EPS | Empresa: | Porvenir | Empresa: | ARL SURA |
| Suma cancelada: | 150.000 | Suma cancelada: | 36.000 | Suma cancelada: | 29.300 |
| No Planilla: | 42635601 | No Planilla: | 42635601 | No Planilla: | 42635601 |
| Mes(es) cancelado(s): | Mayo | Mes(es) cancelado(s): | Mayo | Mes(es) cancelado(s): | Mayo |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. 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 | Elaborado por: Jairo Armando Moreno<br>Revisado y Aprobado por: Andrea Pedroza | |

| 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: NYDIA MARCELA CORTÉS CAVANZO** |
| | **FIRMA:** |
| | **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: c.c 1030648974** |

| 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 86,67 % de ejecución del contrato. | **OTRAS OBSERVACIONES:** |
| **SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ ROSSO** |
| | **FIRMA:** |

| | |
|---|---|
| **REVISÓ** | **NOMBRE Y APELLIDO:** |
| | **FIRMA:** |

Anexo: Comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión.

compensar | miplanilla.com

# CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **Nydia Marcela Cortes Cavanzo**, identificada con **CC** número **1030648974**, aportó por el empleado **Nydia Marcela Cortes Cavanzo**, identificado(a) con **CC** número **1030648974** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **8342635601** para el periodo de salud **2020-05** y pensiones **2020-05** de la siguiente forma.

| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | | | | | | | | | | | | [illegible] | [illegible] | [illegible] | IBC | TARIFA APORTE | CLASE RIESGO | ÍNDICA TARIFA PENSIÓN | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | 14-11 | ARL SURA | [illegible] | 57 | 0 | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.200.000 | 0.02436 | 3 | | $29.300 | $0 | $0 | Mayo - 2020 | 8342635601 | 21/05/2020 | N |
| Salud | [illegible] | Compensar EPS | [illegible] | 57 | 0 | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.200.000 | 0.12500 | | | $150.000 | $0 | $0 | Mayo - 2020 | 8342635601 | 21/05/2020 | N |
| [illegible] | [illegible] | Porvenir | [illegible] | 57 | 0 | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.200.000 | 0.03000 | | | $36.000 | $0 | $0 | Mayo - 2020 | 8342635601 | 21/05/2020 | N |

El presente certificado se expide a los 19 días del mes Junio de 2020

Este documento esta clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información

ISO / IEC 27001

Certificado Nº SI 006-1

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 | 1030648974 | Nydia Marcela Cortes Cavanzo | | Calle 61 D sur# 81 i 40 | 4541673 | marce5461@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | 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 | |
| 2020-05 | 2020-05 | I | | 42635601 | $215.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colombiano en el Exterior | Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | | 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 | 1030648974 | Cortes Cavanzo Nydia Marcela | 01 | 0 | | | IN | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 39.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.300.000 | 150.000 | 14-11 | 1.300.000 | 3 | 29.300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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 | 1030648974 | Nydia Marcela Cortes Cavanzo | | Calle 51 D sur# 81 i 40 | 4541673 | marce5461@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 | |
| 2020-05 | 2020-05 | I | | 42635601 | $215.300 | |

## 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 | 150.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 150.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 36.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 36.000 | 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 | 29.300 | | | | 29.300 | 0 | 0 | 29.300 | | | 293 | 29.300 | 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 | 150.000 | 150.000 |
| Pensión | 1 | 36.000 | 36.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 29.300 | 29.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 215.300 | 215.300 |

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