


	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN</b> <b>SISTEMA DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS,</b> <b>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO</b> <b>A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

<b>DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:</b> <b>SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS</b>	<b>CONTRATO No.</b>  <b>6874459</b>	<b>PERIODO DEL CONTRATO:</b>
		Fecha de Inicio: 16/10/2024 Fecha de Terminación: 30/11/2024
<b>ENTIDAD CONTRATANTE:</b>  <b>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD</b>		<b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b> Un (1) mes y quince (15) días <b>PRÓRROGA: N/A</b>
<b>CONTRATISTA:</b>  <b>LUZ AMPARO LEMUS ALEGRÍA</b>		Fecha de Inicio (Prórroga): N/A Fecha de Terminación (Prórroga): N/A <b>SUSPENSIÓN: N/A</b>
<b>SUPERVISOR (Nombre y cargo):</b>  <b>JOSÉ VICENTE GUZMÁN GÓMEZ</b> <b>SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS – SUBDIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 068 GRADO 6</b>		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A <b>PERIODO DEL INFORME:</b> <b>01/11/2024 – 30/11/2024</b>
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios como Técnico Auxiliar de Enfermería, Técnico o Tecnólogo de Atención Prehospitalaria en la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, con el fin de gestionar los eventos en salud transferidos desde la línea de Emergencias 123 o través de los mecanismos establecidos, en el marco del Sistema de Emergencias Médicas y el modelo de atención en salud		

<b>BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO</b>	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>	\$5.719.665
<b>VALOR ADICIÓN (SI APLICA):</b>	\$0
<b>VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):</b>	\$0
<b>VALOR CEDIDO (SI APLICA)</b>	\$0
<b>VALOR A LIBERAR (SI APLICA)</b>	\$571.967
<b>VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):</b>	\$1.575.252
<b>VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:</b>	\$3.375.540
<b>SALDO POR EJECUTAR:</b>	\$196.906

<b>ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL</b>		
<b>OBLIGACIONES</b> (Las estipuladas en la minuta del contrato)	<b>AVANCE ACTIVIDADES</b> (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	<b>EVIDENCIAS O SOPORTE</b> (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
<b>1. Atender 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 y demás documentos establecidos</b>	Se realiza inducción a la gestión durante el periodo de <b>noviembre de 2024</b> en el sistema Premier One de los incidentes que ingresan al Centro Operativo del CRUE, de acuerdo con lo definido en el procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica para el perfil.	Se adjunta evidencia en archivo PDF: - Formato de inducción
<b>2. Apoyar la gestión del proceso de Referencia y Contra- referencia, de los casos que ingresen al Centro</b>	Durante el periodo actual no fue requerida por la Subdirección la realización del apoyo	Durante el periodo actual no fue requerida por la Subdirección la realización del apoyo al proceso de

	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN</b> <b>SISTEMA DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS,</b> <b>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO</b> <b>A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

Regulador de Urgencias a través de la plataforma de información de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, por correo electrónico o vía telefónica, según lo definido en el lineamiento de la Subdirección CRUE	al proceso de referencia y contra referencia, por tal razón no se cuenta con evidencia	referencia y contra referencia, por tal razón no se cuenta con evidencia
3. Realizar la gestión de los incidentes a través de la aplicación CARBYNE en los casos definidos por el Médico Regulador en compañía de este o del Enfermero, dejando registro en las diferentes plataformas tecnológicas previstas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE)	Durante el periodo informado, no fue requerido por el médico regulador realizar la gestión de los incidentes a través de la aplicación CARBYNE, ya que esta ayuda tecnológica fue retirada de la agencia, pero si se apoyaron las acciones de respuesta a emergencias de los incidentes que fueron transferidos al CRUE en el rol de recepción de llamadas y despacho.	Se adjunta evidencia en archivo PDF:  - Certificación Horas 1 - Certificación Horas 2
4. Participar en las diferentes actividades de socialización que sean programadas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud	Durante el mes de <b>noviembre de 2024</b> se asiste a la siguiente reunión:  - No asistió	Se adjuntan PDF de nombre:  • No asistió

#### 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

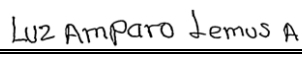
APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	FAMISANAR EPS	Empresa:	PORVENIR	Empresa:	ARL SURA
Suma cancelada:	\$171.700	Suma cancelada:	\$219.700	Nivel Riesgo:	1
No Planilla:	1068118310	No Planilla:	1068118310	Suma cancelada:	\$33.500
Mes(es) cancelado(s):	Octubre 2024	No Planilla:	1068118310	No Planilla:	1068118310
Mes(es) cancelado(s):	Octubre 2024	Mes(es) cancelado(s):	Octubre 2024	Mes(es) cancelado(s):	Octubre 2024
Suma cancelada:	\$171.700	Suma cancelada:	\$219.700	Suma cancelada:	\$33.500
No Planilla:	1068118776	No Planilla:	1068118776	No Planilla:	1068118776
Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 2024	No Planilla:	1068118776	Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 2024
Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 2024	Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 2024	Mes(es) cancelado(s):	Noviembre 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:	SIDCRUE: Usuario: lallemus Clave: Lemus3560  PREMIERONE: Usuario: N/A Clave: N/A	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
---	-----------	--	--	--	-----------

	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</b>			
	<b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</b>			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

<b>FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	
<b>CONTRATISTA</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b> <b>LUZ AMPARO LEMUS ALEGRÍA</b>
	<b>FIRMA:</b> 
	<b>No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b> <b>35.600.369</b>

<b>INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO</b>	
<p>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 <b>100.00%</b> de ejecución del contrato</p> <p>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.</p>	<b>OTRAS OBSERVACIONES:</b> NO APLICA

<b>INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO</b>				
<p>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:</p>				
Nº	Descripción del Riesgo	¿Se materializó el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializó el riesgo)
		SI	NO	
1	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		X	N/A
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	N/A
3	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		X	N/A

<b>SUPERVISOR</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDO:</b> <b>JOSÉ VICENTE GUZMÁN GÓMEZ</b>
	<b>FIRMA:</b> 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.

<b>REVISÓ</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDO:</b> <b>NEIL ANDREW BAIN FARACICA</b>
	<b>FIRMA:</b> El presente informe es revisado por el apoyo a 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.

**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.



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-20, 01:59:58 P. M.

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1068118310

Periodo Cotización:

octubre de 2024

Periodo Servicio:

octubre de 2024

Referencia pago

8822628724

## PAGADA 15/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ AMPARO LEMUS ALEGRIA		
Documento	CC35600369	Dirección	CL 80 BIS SUR 91 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3143839513
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COB	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 35600369	LUZ AMPARO LEMUS ALEGRIA	59	0																		0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$1.373.000	\$219.700	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$1.373.000	\$171.700	2.436	\$1.373.000	\$33.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$424.900

### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, licencias, saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1.373.000	\$1.373.000	\$1.373.000	\$0	\$219.700	\$171.700	\$33.500	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$424.900	\$0	\$424.900



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-25, 01:35:02 P. M.

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1068118776

Periodo Cotización:

noviembre de 2024

Periodo Servicio:

noviembre de 2024

Referencia pago

8822628724

## PAGADA 23/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ AMPARO LEMUS ALEGRIA	Dirección	CL 80 BIS SUR 91 48
Documento	CC35600369	Teléfono	3143839513
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.	Identificación	
Representante Legal		ARP	ARL SURA
Total Afiliados	1		

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novidades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COOR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 35600369	LUZ AMPARO LEMUS ALEGRIA	59	0																		0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$1.373.000	\$219.700	(EPS017) FAMILANAR EPS	\$1.373.000	\$171.700	2.436	\$1.373.000	\$33.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$424.900

### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, licencias, saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1.373.000	\$1.373.000	\$1.373.000	\$0	\$219.700	\$171.700	\$33.500	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$424.900	\$0	\$424.900

Medellin, 21 de noviembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que LUZ AMPARO LEMUS ALEGRIA con documento de identidad C35600369, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD con NIT N800246953.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-10-16	2024-11-30	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	CALL CENTER LINEAS R1	0000000015	1	0.522	EN COBERTURA



Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	05-NOV-24

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	LUZ AMPARO LEMUS ALEGRIA	Regimen:	No Responsable
Dirección:	CL 80 BIS SUR 91 48 TO 7 AP 303	Teléfono y Fax:	
C.C o NIT:	35600369	Banco/Sucursal:	BANCOLOMBIA
Cuenta No/Clase:			71458363221/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	6874459	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO6874459-PLANILLA OGI\_VIGENCIA-OCTUBRE 2024-PERIDO DE:16-oct 30-oct-2024

Tipo de Orden de Pago:	VIGENCIA
------------------------	----------

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
5389	02-3-01-17-019-05-20240200-158083051	5245	Contratacion de Recurso Humano	\$1.575.252,00
VR BRUTO	UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS			\$1.575.252,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
02-3-01-17-019-05-20240200-158083051	01	12013	\$1.575.252,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
023	20202009	91122	01-5-01-01-001	

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	\$1.575.252,00
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	\$1.392.252,00	2-4-36-27-0001	\$13.449,00
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%	.5	\$1.575.252,00	2-4-36-90-0003	\$7.876,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$1.575.252,00	2-4-36-90-0007	\$31.505,00

Valor amortización:	Id fuente	Detalle
	01	Recursos Del Distrito
	12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS

\$52.830,00

VALOR NETO A GIRAR	UN MILLON QUINIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS PESOS	\$1.522.422,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones	Acreeedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)
	Nombre _____
	Cédula _____ Firma _____

YURY ANGELICA MEDINA OSPINA GESTION DE PAGOS	YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto
---	---

