

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO 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 V.4	Actualizado por: Essy Ximena Arévalo Revisado y Aprobado por: Pilar Alexon Contreras	
--	---	--	---

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: SUBDIRECCION CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	CONTRATO No. CO1.PCCNTR1653856	PERIODO DEL CONTRATO: Fecha de Inicio: 08/07/2020 Fecha de Terminación: 07/10/2020
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES PRÓRROGA: 3 meses
CONTRATISTA: NELSI ANDREA GUTIERREZ RAMIREZ		Fecha de Inicio: 08/10/2020 Fecha de Terminación: 07/01/2021 SUSPENSIÓN: N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): Dr. LUIS ENRIQUE BELEÑO GUTIERREZ SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DEL RIESGO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A PERIODO DEL INFORME: DEL 1 AL 30 DE OCTUBRE
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo y gestionar los incidentes relacionados con COVID-19 en 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:	\$9.000.000
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	\$ 8.300.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 2.800.000
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 6.900.000

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, 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. Asistir y apoyar la gestión de los incidentes relacionados con COVID-19 que ingresen al Centro Operativo a través de la Línea 123 y las demás líneas destinadas para este fin, en ejercicio de la rectoría del Sistema de Emergencias Médicas, aplicando lo definido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica establecido para el perfil.	Los días 14 y 15 de Octubre me encontraba incapacitada ,a partir del día 17 de Octubre empecé a realizar mis labores nuevamente en el área de referencia y contra referencia verificación y documentación de traslados y ubicación de paciente a UCIS de igual manera generación de Código QR según el Decreto 538 del 2020	Las evidencias se encuentran en el CD con el Nombre de: Incapacidad Andrea Gutiérrez
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	Se realizaron acciones de apoyo que permiten una respuesta inmediata ante situaciones de emergencia a través de activación de los vehículos de emergencias medical izadas y básicas	La evidencia reposa en el CD con el Nombre listado de asistencia
3. Atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la	Desde el día 08 de Octubre he asistido al Centro de Formación ETB en la Dirección Calle 57 # 13-40 con	Las evidencias se encuentran en el CD como planilla asistencia Octubre

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p align="center">SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p> <p align="center">INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS</p> <p align="center">Código: SDS-CON-FT-014 V.4</p>	<p>Actualizado por: Essy Ximena Arévalo Revisado y Aprobado por: Pilar Alexon Contreras</p>	
---	--	---	---

ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio.	el turno estipulado desde las 19+00 a 07+00 para realizar las labores asignadas	
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.	Durante el periodo de informe no me fue posible asistir a la capacitación convocada por el Centro Regulador de Urgencia y Emergencia.	Durante el periodo de informe no me fue posible asistir a la capacitación convocada por el Centro Regulador de Urgencia y Emergencia.
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.	Durante el periodo de informe se atienden casos que llegan a referencia por voz o correo para gestionar casos y realizar traslados a las instituciones de mayor complejidad según requerimiento de las entidades.	La evidencia reposa en la plataforma SDCRUE con el Usuario ngutierrez6.

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.

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

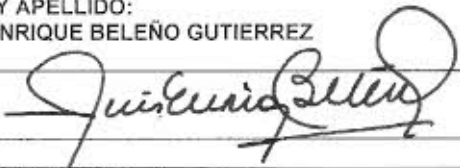
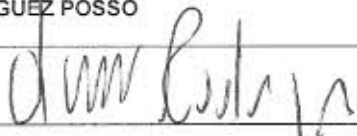
APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	Compensar	Empresa:	Protección (ING + Protección)	Empresa:	Sura
Suma cancelada:	150.000	Suma cancelada:	192.000	Suma cancelada:	29.300
No Planilla:	45245735	No Planilla:	45245735	No Planilla:	45245735
Mes(es) cancelado(s):	SEPTIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	SEPTIEMBRE	Mes(es) cancelado(s):	SEPTIEMBRE

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: NELSI ANDREA GUTIERREZ RAMIREZ			
		FIRMA: 			
		No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1032384386			

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO 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 V.4	Actualizado por: Essy Ximena Arévalo Revisado y Aprobado por: Pilar Alexon Contreras	
--	---	--	---

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 <u>62,78%</u> de ejecución del contrato.		OTRAS OBSERVACIONES:
SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: Dr. LUIS ENRIQUE BELEÑO GUTIERREZ	
	FIRMA: 	
REVISÓ	NOMBRE Y APELLIDO: DRA. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO	
	FIRMA: 	

❖ 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.

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO			
OC	103284308	NELSI ANDREA GUERRER RAMIREZ		CALLE 28 D INSUR # 9-13 ESTE	8168995	nelsonwang1987@gmail.com		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL		CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO			
ÚNICA	1 - Individual				SOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.		NO	

DATOS DE LA PLANILLA														
SEÑALA ABOGADA	FECHA PAGOS RECIBIDA (ECONOMISTA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA										
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES													
2020-01	2020-05	1	07/09/2020	45245736										
				<table><tr><th colspan="2">CANTIDAD</th></tr><tr><th>EMPLADOS</th><th>UPC</th></tr><tr><td>1</td><td>0</td></tr><tr><td colspan="2">TOTAL A PAGAR</td></tr><tr><td colspan="2">\$566.300</td></tr></table>	CANTIDAD		EMPLADOS	UPC	1	0	TOTAL A PAGAR		\$566.300	
CANTIDAD														
EMPLADOS	UPC													
1	0													
TOTAL A PAGAR														
\$566.300														

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN CONTANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				BAJO		RIESGOS LABORALES		CSP		PARAFISCALES		
Id.	Tip	Id. de identificación	Apellidos y Nombres	Ciudad	Extranjero	Residencia	Coa AFP	ISC AFP	Catadora	Volumen o Alícuota	Utilización Agrupada	Fondo pensional para jubilados y pensionados	Coa ZTS	ISC EPS	Catadora Valor UPD	Ciudad	Contratado	Edad	WAC CSP	BC otros parafiscales	Aporta SORA	Aporta IGDP	Aporta MEN			
CC	1022	1022	GUTIERREZ RAUL SEBASTIAN ALONSO	67	0	0	2,562,001	1,250,000	92,250	0	0	0	0	0	168,000	1,411	1,200,000	24,370	0	0	0	0	0			

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022564396	NELSON ANDRÉS GUTIÉRREZ RAMÍREZ		CALLE 28 C D SUR V 8-19 ESTE	8156586	ndrslr@utepg1951@gmail.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				CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA A ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	IMPORTE MONEDAS
PERIODO SALDO	2020-09				0
PERIODO DÉBITOS	2020-09				0
		1	07/10/2020	45245795	
TOTAL A PAGAR					\$356.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTAL DE SALUD		
Código EPS	Nombre	Contratación Obligatorio
EP90003	Consumar EPS	85005562.7
		150,000

[illegible]

TOTALES PENSIÓN

TOTAL DE PENSION											
Código AFD	Nombre	NIT	Cobertura Organizativa	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte PSP - Solidaridad	Aporte PSP - Subsistencia	Valor Mora Cosección	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23/02/01	Protección [M] - Protección	800526735-0	152.000								

TOTALES RESCOS LABORALES

TOTALES RESCOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor		Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800003704-5	29.300				29.300	0	0	29.300			229	29.300	1

TOTALES CAJAS

TOTAL ES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No Afiliado
CCF24	Compañía Caja	96006942-7	24,000	0	0	24,000	

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARCIAIS/CALES					
Valor Aporte	Des Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	Nº Afiliados	
0	0	0	0	0	SENA
0	0	0	0	0	ICBF
					ESAP
					MEN

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE LMA RSP y Mena	Total a Pagar
Salud	1	150.000	150.000
Previdón	0	192.000	192.000
Riesgos Laborales	1	29.300	29.300
CCF	1	24.000	24.000
ESAP	0	0	0
ESBF	0	0	0
MFN	0	0	0
SEMA	0	0	0
TOTALES	4	395.300	395.300