| 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 APOYO A LA GESTIÓN<br>SDS – FFDS<br>Código: SDS-CON-FT-014 V.4 | Actualizado por: Essy Ximena Arévalo<br>Revisado y Aprobado por: Pilar Alexon Contreras | |
|---|---|---|---|

| DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA:<br>SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS | CONTRATO No.<br>CO1.PCCNTR.2100933 | PERIODO DEL CONTRATO:<br>Fecha de Inicio: 13-01-2021<br>Fecha de Terminación: 12-04-2021 |
|---|---|---|
| ENTIDAD CONTRATANTE:<br>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | | PLAZO DE EJECUCIÓN:<br>3 meses<br>PRÓRROGA: |
| CONTRATISTA:<br>YULY DAMARIS OLAYA LOPEZ | | Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A<br>SUSPENSIÓN: |
| SUPERVISOR (Nombre y cargo):<br>Dr. LUIS ENRIQUE BELEÑO GUTIERREZ<br>Supervisor del contrato. | | Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A<br>PERIODO DEL INFORME:<br>01 a 28 de Febrero de 2021 |
| OBJETO DEL CONTRATO:<br>Prestar servicios de apoyo y gestionar los incidentes relacionados con COVID-19 en ejercicio de 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: | $ 0 |
| VALOR PAGADO AL CONTRATISTA: | $ 1.800.000 |
| VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME: | $ 3.000.000 |
| SALDO POR EJECUTAR: | $ 4.200.000 |

| 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. 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 de más 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. | Brindar apoyo y asesoría telefónica sobre covid 19 a los ciudadanos de los cuales tenemos conocimiento por medio de página web o linea de emergencias 123 y registrar la debida información en los aplicativos SIDCRUE o PREMIER ONE. | Certificado de PREMIER ONE<br>Certificado de SIDCRUE<br>Soporte de asistencia al turno |
| 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. | Gestionar los incidentes que ingresan a través de la linea 123 de urgencias y emergencias de Bogotá, brindar una oportuna atención al ciudadano de acuerdo con las decisiones que toma el médico regulador de turno y registrar toda la información en el aplicativo PREMIER ONE. | Certificado de PREMIER ONE<br>Soporte de asistencia al turno |
| 3. Atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio. | Disponibilidad presencial en el lugar de trabajo, en el turno asignado para las diferentes actividades que sean designadas bajo mi responsabilidad por orden de un jefe o médico de turno. | Certificado de PREMIER ONE<br>Certificado de SIDCRUE<br>Soporte de asistencia al turno |

| | | |
|---|---|---|
| **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. | Puntualidad, respeto y disponibilidad para asistir y participar en ellas cuando así lo indiquen. | Soporte de asistencia al turno |
| **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. | Total disponibilidad para la elaboración de actividades asignadas con relación a la emergencia ciudadana. | Soporte de asistencia al turno |

**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 | Empresa: | COLFONDOS | Empresa: | ARL SURA |
| Suma cancelada: | $ 113.600 | Suma cancelada: | $ 145.400 | Suma cancelada: | $ 22.200 |
| No Planilla: | 47831657 | No Planilla: | 47831657 | No Planilla: | 47831657 |
| Mes(es) cancelado(s): | ENERO | Mes(es) cancelado(s): | ENERO | Mes(es) cancelado(s): | ENERO |

**EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo: | N/A | 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): | N/A |

| | |
|---|---|
| **CONTRATISTA** | **NOMBRES Y APELLIDOS:** YULY DAMARIS OLAYA LOPEZ |
| | **FIRMA:** |
| | **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 1 033 763 464 |

**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 53,33 % 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.*

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 | 1033763464 | Yuly Damaris Olaya Lopez | | Calle 91 a bis #18h50 sur | 3657982 | Damyolaya02@gmail.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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-01 | 2021-01 | I | 07/01/2021 | 47831657 | $281,200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colombia | Bolívar | Extranjero | Cotiz. voluntar. 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 | 1033763464 | Olaya Lopez Yuly Damaris | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 908,526 | 145,480 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 908,526 | 113,600 | 14-11 | 908,526 | 3 | 22,200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1033763464 | Yuly Damaris Olaya Lopez | | Calle 91 a bis #18h50 EUT | 3557682 | Damyolaya02@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 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | |
| 2021-01 | 2021-01 | I | 07/01/2021 | 47631657 | $281.200 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 113.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 113.600 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 145.400 | 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 | 860903790-5 | 22.200 | | | | 22.200 | 0 | 0 | 22.200 | | | 222 | 22.200 | 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 | 113.600 | 113.600 |
| Pensión | 1 | 145.400 | 145.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 22.200 | 22.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 281.200 | 281.200 |

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