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: **SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**	**CONTRATO No.** **CO1.PCCNTR. 2451791 de 2021**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 28-04-2021 Fecha de Terminación: 31-12-2022
ENTIDAD CONTRATANTE: **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** **21 MESES**
CONTRATISTA: **Jhon Alexander Jiménez Gómez**		**PRÓRROGA:** Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A
SUPERVISOR: **Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO** **SUBDIRECTORA DE CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**		**SUSPENSIÓN:** Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A **PERIODO DEL INFORME:** **28 a 30 de ABRIL de 2021**

OBJETO DEL CONTRATO:
Prestar servicios como técnico o técnico profesional en área de la salud en la Subdirección del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias para apoyar la Regulación de la Urgencia Médica en el marco de la referencia y contra referencia en el CRUE, brindando apoyo a la gestión de verificación de disponibilidad de camas UCI y ubicación de pacientes en el Distrito Capital, así como la gestión de liberación de camillas en las IPS visitadas.

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 61.270.020
VALOR ADICIÓN:	$ N/A
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 0
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 304.820
SALDO POR EJECUTAR:	$ 60.965.200

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. Apoyar la gestión para la liberación de camillas de los vehículos de emergencia (ambulancias) del Sistema de Emergencias Médicas, retenidas en las instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad, según las directrices definidas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, en el marco de la ejecución del proyecto 7835.	En el mes de abril (del 28 al 30) se realizó apoyo vía telefónica a la central de referencia al consolidado de pacientes provenientes de manifestaciones y a su vez la liberación de camillas.	CD – Carpeta 1 Evidencia de visitas y liberaciones. Drive.

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2. Apoyar el seguimiento y acompañamiento técnico a los vehículos de emergencias (ambulancias) del Programa de Atención Pre hospitalaria, que incluya tipología, dotación e insumos, consignando la actividad en el formato destinado para ello, según requerimiento de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, en el marco de la ejecución del proyecto 7835..</td><td>En el mes de abril (del 28 al 30) Se realizó 1 revision de vehículos de emergencia del programa de APH.
<table><tr><th>FECHA</th><th>CODIGO DEL VEHICULO DE EMERGENCIA</th><th>TIPO DE TRASPORTE ASISTENCIAL</th><th>IPS DE DONDE PERTENECE EL VEHICULO DE BASE</th></tr><tr><td>30/04/2021</td><td>5109</td><td>TAB</td><td>UF Sur</td></tr></table></td><td>CD – Carpeta 2
Evidencia de revisiones.
Drive.</td></tr>
<tr><td>3. Realizar el seguimiento a las novedades encontradas durante el acompañamiento técnico de los vehículos de emergencia del Programa de Atención Pre hospitalaria, consignando la actividad en el formato destinado para ello y notificar al Centro Operativo la gestión adelantada, en el marco de la ejecución del proyecto 7835</td><td>En el mes de abril (del 28 al 30) Se realizó 2 seguimientos de vehículos de emergencia del programa de APH.
<table><tr><th>FECHA</th><th>TIPO DE TRASPORTE ASISTENCIAL</th><th>CODIGO DEL VEHICULO DE EMERGENCIA</th><th>IPS DE DONDE PERTENECE EL VEHICULO DE BASE</th></tr><tr><td>28/04/2021</td><td>TAB</td><td>5191</td><td>UF Sur</td></tr><tr><td>30/04/2021</td><td>TAB</td><td>5192</td><td>UF Sur</td></tr></table></td><td>CD – Carpeta 3
Evidencia de seguimientos a hallazgos.
Drive.</td></tr>
<tr><td>4. Apoyar la gestión en el manejo integral de las Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio para pacientes COVID-19, con el seguimiento a la oferta y disponibilidad de camas de estos servicios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, realizando el reporte en tiempo real y el registro del histórico del mismo en los medios definidos para tal fin por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, en el marco de la ejecución del proyecto 7835.</td><td>Se realizaron apoyos telefónicos en el área de referencia a las diferentes IPS para confirmación de disponibilidad de camas UCI</td><td>CD – Carpeta 4
Evidencia de visitas y datos.
Drive.</td></tr>
<tr><td>5. Apoyar con la información que le permita verificar la disponibilidad de camas y novedades articulando con el CRUE, en el proceso de Referencia y Contra Referencia.</td><td>En el mes de abril (del 28 al 30) no se realiza verificación de disponibilidad de camas para apoyar el proceso de referencia y contra referencia.</td><td>No se cuenta con evidencia por que no fue requerida las verificaciones de disponibilidad de camas.</td></tr>
<tr><td>6. Realizar visitas de seguimiento a las bases definidas a los vehículos de emergencias (Ambulancias) del Programa de Atención Pre hospitalaria, consignando la actividad en el formato destinado para ello y notificar a la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, en el marco de la ejecución del proyecto 7835.</td><td>En el mes de abril (del 28 al 30) no se realizó visitas a las bases de las móviles.</td><td>No se cuenta con evidencia por que no fue requerida las visitas de las bases.</td></tr>
</table>

7. 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 cumple con las necesidades del servicio atendiendo las circunstancias de modo, tiempo y lugar.	Se asisten a los turnos asignados según cronograma dando cumplimiento a los horarios establecidos.
8. Participar en las diferentes orientaciones y reuniones, que sean convocadas por la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud y la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud, en el marco de la ejecución del proyecto 7835.	En el mes de abril (del 28 al 30) no se realizaron reuniones	No se cuenta con evidencia ya que no se realizaron reuniones.

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:	Salud Total	Empresa:	Col pensiones.	Empresa:	ARL SURA
Suma cancelada:	150.000	Suma cancelada:	192.000	Suma cancelada:	29.300
No Planilla:	49636522	No Planilla:	49636522	No Planilla:	49636522
Mes(es) cancelado(s):	Marzo	Mes(es) cancelado(s):	Marzo	Mes(es) cancelado(s):	Marzo

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:	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):	N/A

CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS:** Jhon Alexander Jiménez Gómez
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.032.371.563

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 0,50 % de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**
SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** Dra. DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO
	FIRMA:

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** Dra. LINA MARÍA PINEDA PULGARÍN
	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	1032371563	JHON ALEXANDER JIMENEZ GOMEZ		KR 99 A 72-43 SUR	3132817127	cbvbjajimenez@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-03	2021-03	I	05/04/2021	49636522	$371.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	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	1032371563	JIMENEZ GOMEZ JHON ALEXANDER	59	0			N																	25-14	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS002	1.200.000	150.000	14-11	1.200.000	3	29.300		0	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	1032371563	JHON ALEXANDER JIMENEZ GOMEZ	KR 99 A 72-43 SUR	3132817127	cbvbjajimenez@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-03	2021-03	I	05/04/2021	49636522	$371.300	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	192.000	0	0	0	0	0	0		192.000	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	192.000	192.000
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	371.300	371.300

PAGADA

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