

 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. 1760217 de 2020	PERIODO DEL CONTRATO: Fecha de Inicio: 15-08-2020 ✓ Fecha de Terminación: 14-03-2021 ✓
		PLAZO DE EJECUCIÓN: 7 MESES
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PRÓRROGA:
CONTRATISTA: HAROLD ESTEBAN JIMÉNEZ GONZÁLEZ ✓		Fecha de Inicio: N/A
		Fecha de Terminación: N/A
		SUSPENSIÓN:
		Fecha de Inicio: N/A
		Fecha de Terminación: N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO SUBDIRECTORA DE CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS		PERIODO DEL INFORME: 01 a 30 de noviembre de 2020
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios técnicos para gestionar la respuesta sanitaria ante los incidentes en salud de las Urgencias y Emergencias relacionados con COVID-19. ✓		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 21.000.000 ✓
VALOR ADICIÓN:	\$ N/A ✓
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	\$ 7.600.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 3.000.000 ✓
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 10.400.000 ✓

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 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 hace atención en línea de emergencia, donde se reciben llamadas de línea 123 con pacientes en tiempo real, dejando los seguimientos pertinentes en el aplicativo PREMIER ONE con el usuario "MHEJIMENEZGO".	Se adjunta evidencia detallada, descargada de SIDCRUE, donde se evidencia una gestión de 1216 registros con el usuario "MHEJIMENEZGO" en el Sistema de Despacho de la Línea 123, Se adjunta archivo PDF en CD en Carpeta "No. 1"
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.	Se presta apoyo en las diferentes funciones del Centro Operativo como atención de llamadas de la SUR, rellamadas a los diferentes incidentes ingresados, creación para envío de vehículos amed.	Se adjunta evidencia detallada, descargada de SIDCRUE, donde se evidencia el RESUMEN DE INGRESO AL SISTEMA DE INFORMACIÓN – SIDCRUE, Se adjunta archivo PDF en CD en Carpeta "No. 1"

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p align="center">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</p>	<p>Actualizado por: Essy Ximena Arévalo Revisado y Aprobado por: Pilar Alexon Contreras</p>	
---	--	---	---

3. Atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio.	Se cumplieron las condiciones para la ejecución del contrato en circunstancias de modo, tiempo y lugar indicadas por la subdirección de urgencias y emergencias	Se adjunta evidencia de planillas de asistencias a turno, donde se identifican fechas y horas respectivamente. En el CD se logra identificar en Carpeta "No.2"
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 asiste a la reunión "CLINICA DE ATENCION "CRUE BOGOTA COMO VAMOS"	Se adjunta evidencia en la carpeta "No.3" identificado como "Teban Jiménez González"
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 del informe, no se requirió apoyo de Emergencia al Covid -19	No se adjunta evidencia, ya que no se requirió apoyo de Emergencias al Covid-19

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:

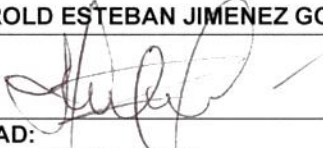
N/A

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.

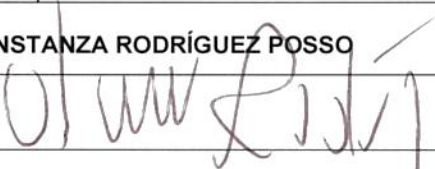
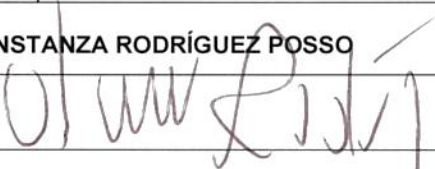
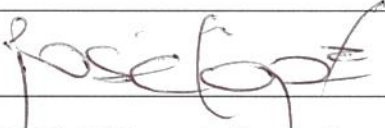
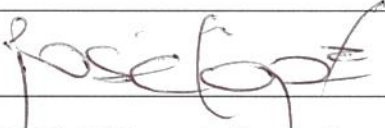
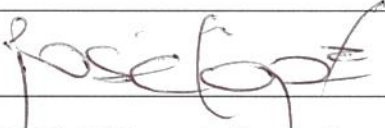
INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	EPS CONVIDA ✓	Empresa:	PORVENIR ✓	Empresa:	ARL SURA ✓
Suma cancelada:	\$ 150.000 ✓	Suma cancelada:	\$ 192.000 ✓	Suma cancelada:	\$ 29.300 ✓
No Planilla:	1033760208 ✓	No Planilla:	1033760208 ✓	No Planilla:	1033760208 ✓
Mes(es) cancelado(s):	OCTUBRE ✓	Mes(es) cancelado(s):	OCTUBRE ✓	Mes(es) cancelado(s):	OCTUBRE ✓

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: HAROLD ESTEBAN JIMENEZ GONZALEZ				
	FIRMA: 				
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.070.975.717				

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>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</p>	<p>Actualizado por: Essy Ximena Arévalo Revisado y Aprobado por: Pilar Alexon Contreras</p>	
---	---	---	---

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO			
<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 50.48 % de ejecución del contrato.</p>	<p>OTRAS OBSERVACIONES:</p>		
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="56 703 328 850" rowspan="2"> <p>SUPERVISOR</p> </td> <td data-bbox="328 703 1404 772"> <p>NOMBRE Y APELLIDO: Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="328 772 1404 850"> <p>FIRMA:</p>  </td> </tr> </table>	<p>SUPERVISOR</p>	<p>NOMBRE Y APELLIDO: Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO</p>
<p>SUPERVISOR</p>	<p>NOMBRE Y APELLIDO: Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO</p>		
	<p>FIRMA:</p> 		
<p>REVISÓ</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="328 877 1404 961"> <p>NOMBRE Y APELLIDO: Dr. JOSÉ OCTAVIO LÓPEZ GALLEGO</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="328 961 1404 1050"> <p>FIRMA:</p>  </td> </tr> </table>	<p>NOMBRE Y APELLIDO: Dr. JOSÉ OCTAVIO LÓPEZ GALLEGO</p>	<p>FIRMA:</p> 
<p>NOMBRE Y APELLIDO: Dr. JOSÉ OCTAVIO LÓPEZ GALLEGO</p>			
<p>FIRMA:</p> 			

❖ 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.

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-11-12, 02:34:16 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1033760208

Periodo Cotización:

octubre de 2020

Periodo Servicio:

octubre de 2020

PAGADO 11/11/2020 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HAROLD ESTEBAN JIMENEZ GONZALEZ	Dirección	CARERA 7 1 06
Documento	CC1070975717	Teléfono	3182673399
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	CUNDINAMARCA
Ciudad	GUAYABAL DE SIQUIMA	Identificación	ARL SURA
Representante Legal			
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado													Novedades										Pensiones					Salud					Riesgos					Cajas					Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres		Tipo Ciudad	Subtipo Ciudad	ING	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aportes Pensión	Administradora	IBC Salud	Aportes Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aportes Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aportes Caja	Aportes SENA	Aportes ICBF	ESAP	Aportes Ministerio	Total							
CC 1070975717	HAROLD ESTEBAN JIMENEZ GONZALEZ		59	00																	0	30	30	0	(2303071) POREVENIR	\$ 1.200.000	\$ 192.000	EPS-8 CONVIDA	\$ 1.200.000	\$ 150.000	2.936	\$ 1.200.000	\$ 29.300	NINGUNA COF		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 371.300							

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, Salidos a favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.200.000	\$ 1.200.000	\$ 1.200.000	\$ 0	\$ 192.000	\$ 150.000	\$ 29.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 371.300	\$ 0	\$ 371.300

