DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1731881 DE 2020	PERIODO DEL CONTRATO: Fecha de Inicio: 13-08-2020 Fecha de Terminación: 12-03-2021
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		PLAZO DE EJECUCIÓN: 7 MESES PRÓRROGA:
CONTRATISTA: GEAN HARVEY DE LA HOZ CASTILLO		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A SUSPENSIÓN:
SUPERVISOR (Nombre y cargo): Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO SUBDIRECTORA DE CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS		Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A PERIODO DEL INFORME: 01 a 30 de enero de 2021
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:	$ 13.800.000
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 (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.	Para el mes de enero he realizado las actividades verificación de camas disponibilidades de UCI en la red hospitalaria de Bogotá tanto a nivel privado como público, brinde apoyo comentando pacientes en las distintas instituciones prestadoras de salud, estas actividades fueron realizadas en la sede ETB Chapinero y apoyé el proceso de rellamadas en la sede ETB Modelo Norte.	• Listados de Asistencia • Certificado SIDCRUE Módulo de Disponibilidad de Camas COVID y NO COVID. • Certificado de "Referencia UCI y Registro de Asesorías de Pacientes Covid-19" Estos documentos se encuentran ubicados en la carpeta ACTIVIDADES CONTRATO.
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.	Por medio del contacto con las diferentes instituciones hospitalarias se pudo establecer la disponibilidad de camas en los servicios de Cuidado Intensivo e Intermedio en la ciudad, la aceptación de pacientes en las respectivas UCI de la ciudad. Se	• Certificado SIDCRUE Módulo de Disponibilidad de Camas COVID y NO COVID. • Certificado de "Referencia UCI y Registro de Asesorías de Pacientes Covid-19"

	presto un apoyo esporádico en la presentación de pacientes que requerían UCI a las diferentes IPS y se realizaron actividades de rellamada a usuarios de la línea 123.	Estos documentos se encuentran ubicados en la carpeta ACTIVIDADES CONTRATO.
3. Atender las circunstancias de modo, tiempo y lugar para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio.	Las actividades desarrolladas para la ejecución del contrato se han realizado desde el primer momento en las instalaciones de ETB Chapinero según la indicación brindada en el momento de la asignación del turno laboral.	• Listados de asistencia ubicados en la carpeta ASISTENCIA
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.	En el periodo de tiempo del presente informe no se realizaron actividades relacionadas a este item.	No se generan soportes.
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.	A la fecha se han cumplido las actividades del contrato sin actividades adicionales.	No se generan soportes.

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:	SANITAS EPS	Empresa:	COLPENSIONES	Empresa:	ARL SURA
Suma cancelada:	$150.000	Suma cancelada:	$192.000	Suma cancelada:	$29.300
No Planilla:	47422166	No Planilla:	47422166	No Planilla:	47422166
Mes(es) cancelado(s):	Diciembre	Mes(es) cancelado(s):	Diciembre	Mes(es) cancelado(s):	Diciembre

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:** GEAN HARVEY DE LA HOZ CASTILLO
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80.094.266

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 80.00% de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:**
SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** Dra. DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO
	FIRMA:

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** Dr. JOSÉ OCTAVIO LÓPEZ GALLEGO
	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	80094266	Gean Harvey De la Hoz Castillo		Cll 129 No 54 - 75 Int 4 Apto 101	5170578	ghdelahoz@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	
2020-12	2020-12	I	23/12/2020	47422166	$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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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

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
CC	80094266	Gean Harvey De la Hoz Castillo		Cll 129 No 54 - 75 Int 4 Apto 101	5170578	ghdelahoz@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2020-12	2020-12	I	23/12/2020	47422166	$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	Colombiano en el exterior	IRP	IRT	ITN	IAS	ISP	IGE	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	80094266	DE LA HOZ CASTILLO GEAN HARVEY	59	0		N																	25-14	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS005	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