

 <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>	
---	--	---	---

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
CONTRATISTA: GEAN HARVEY DE LA HOZ CASTILLO		PRÓRROGA: 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		SUSPENSIÓN: Fecha de Inicio: N/A Fecha de Terminación: N/A PERIODO DEL INFORME: 01 a 28 de febrero 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:	\$ 16.800.000 ✓
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 3.000.000 ✓
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 1.200.000 ✓

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.	Para el mes de febrero he realizado las actividades de: <ul style="list-style-type: none"> Realización de llamadas, Presentación de pacientes a UCI COVID – NO COVID, Verificación de disponibilidad de camas UCI COVID – NO COVID, Gestión de transporte ambulatorio para pacientes aceptados en las diferentes UCI del Distrito Capital. 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> Certificado SIDCRUE Módulo de Disponibilidad de Camas COVID y NO COVID. Certificado de "Referencia UCI y Registro de Asesorías de Pacientes Covid-19"

 <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>	
---	---	---	---

	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 San Fernando y ETB Chapinero según la indicación brindada en el momento de la asignación del turno laboral.	<ul style="list-style-type: none"> 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 pude asistir a la reunión programada de primeros auxilios psicológicos justamente por tener agenda llena de consulta psicológica particular el día 15 de Febrero.	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

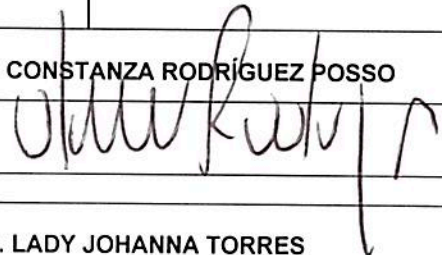
APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	SANITAS EPS	Empresa:	COLPENSIONES	Empresa:	ARL SURA
Suma cancelada:	\$150.000 ✓	Suma cancelada:	\$192.000 ✓	Suma cancelada:	\$29.300 ✓
No Planilla:	48034027 ✓	No Planilla:	48034027 ✓	No Planilla:	48034027 ✓
Mes(es) cancelado(s):	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:	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
---	-----	---	-----	--	-----

 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	
--	---	--	---

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 94.29% de ejecución del contrato.	OTRAS OBSERVACIONES:
SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: Dra. DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO
	FIRMA: 
REVISÓ	NOMBRE Y APELLIDO: Dra. LADY JOHANNA TORRES
	FIRMA: Lady Johanna Torres

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
PERIODO SALUD					1	0
2021-01	2021-01	I	08/02/2021	48034022	TOTAL A PAGAR	
					\$371.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS005	Sanitas EPS	800251449-6	150.000	0		0		0	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	HIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colapsores	9003386-004-7	192.000	0	0	0	0	0	0		192.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	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 SURFA	8.0003750-5	23.300				23.300	0	0	23.300		793	23.300	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES					
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
0	0	0	0	0	0
SENA					
0	0	0	0	0	0
ICBF					
0	0	0	0	0	0
ESAP					
0	0	0	0	0	0
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA

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
Penión	1	192 000	192 000
Resgos Laborales	1	29 300	29 300
CGF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SEMA	0	0	0
TOTALES	3	371 300	371 300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	80094-266	Clean Harvey De la Hoz Castillo	Cll 129 No 54 - 75 Int 4 Apto 101	51705378	gldelahoz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I = independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENIONES				EMPLADOS 1
					0
					TOTAL A PAGAR
2021-01	2021-01	I	08/02/2021	48034027	\$371.300

INFORMACIÓN CITIZANTE						INFORMACIÓN HOYEDADES								PENSION							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF				PARAMÉTRICALES						
No.	Tipología	Nº de Identificación	Apellidos y Nombres	Creadores	Estrategia	Cobertura	NO	SI	NO	SI	NO	SI	TAR	TAJ	RAT	RTI	RET	COE APY	IBC APY	Cotización	Voluntari o Afiliado	Volumen Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Cole EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cad. ARL	IBC ARL	Carga CCF	IBO CCF	Aporte CCF	IBO otros paramétricas	Aporte SENA	Aporte ICBP	Aporte MEN		
1	CC	80094266	DE LA HOZ CASTILLO GEMAN HARVEY	59	0	N												25-14	1.200.000	192.000		0	0	0	EP3005	1.260.000	150.000	14-11	1.200.000	3	29.300	0	0	0	0	0	0

READ