ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**

**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | **CO-OPS-FT-11 V6**

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | **01-may.-21** | **Hasta:** | **31-may.-21** | | | |
| **Nombre del Contratista:** | GONZALEZ TORRES DANIELA | | **Cédula:** | 1030694113 | | | |
| **Correo Electrónico:** | dannigt.1999@gmail.com | | **Teléfono(s):** | 3214459144 | | | |
| **Nombre del Supervisor - Contratista:** | LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ | | **Perfil** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | **No. CTO:** | 5010 | |
| **Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:** | | | **Perfil** | | **No. CTO:** | | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NO CONTRATO:** | 004614 | **Año Contrato:** | **2021** | **C.D.P. CONTRATO INICIAL :** | **662** |
| **PERFIL:** | TECNOLOGO EN ATENCION PREHOSPITALARIA | | | | |
| **DIRECCION A LA QUE PERTENECE:** | URGENCIAS | | | | |
| **UNIDAD DE SERVICIOS :** | TUNAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CONVENIO APH** **Ocultar** | | | | | | | |
| SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO | APH | G01TP | 180 | | $ 9.870 | **$ 1.776.600** | 100,00% |
| | | | | | | $ - | 0,00% |

| | | |
|---|---|---|
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 1.776.600** | **UN MILLON SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS** |

**EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

| FECHA INICIO CONTRATO | | 21/04/2021 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 30/09/2021 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. PRORROGA** | **FECHA INICIO** | **FECHA TERMINACION** | **No. ADICION** | **VALOR ADICION** | **CDP** | **N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO** | **MES CUENTA DE COBRO** | **VALOR A PAGAR** |
| | | | | | | **1** | **Enero** | |
| | | | | | | **2** | **Febrero** | |
| | | | | | | **3** | **Marzo** | |
| | | | | | | **4** | **Abril** | **$ 710.640** |
| | | | | | | **5** | **Mayo** | **$ 1.776.600** |
| | | | | | | **6** | **Junio** | |
| | | | | | | **7** | **Julio** | |
| | | | | | | **8** | **Agosto** | |
| | | | | | | **9** | **Septiembre** | |
| | | | | | | **10** | **Octubre** | |
| | | | | | | **11** | **Noviembre** | |
| | | | | | | **12** | **Diciembre** | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 9.771.300** | **$ 9.771.300** | **$ 2.487.240** | **$ 7.284.060** |

## EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS ( Las estipuladas en la minuta ) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar servicios como auxiliar de enfermería para la unidad funcional de atención prehospitalaria durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta, cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente | se prestan servicios como auxiliar de enfermeria o tecnologos en las moviles de atencion prehospitalaria según programacion de actividades manual | programacion de actividades mensual |
| 2 | Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección del centro regulador de urgencias y emergencias (DUES) garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la sub red sur para la atención de pacientes en el programa de atención prehospitalaria | se reciben los despachos generados por el crue generando oportunidad en la atencion de paciente bajo los lineamientos establecidos | chaqueta, camisa, pantalon, botas y carne |
| 3 | Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados alas del programa de atención prehospitalaria además de cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional (chaqueta, camisa, pantalón, botas, carne) durante el desarrollo de las actividades contractuales | se da cumplimiento de porte de elementos de identificacion institucional | libro de entrega y recibo de turno |
| 4 | Dar un correcto uso a los elementos tecnológicos, (celular institucional Tablet)asignadas a las ambulancias de la subred para el desarrollo de las actividades así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna co la líder de la unidad funcional o con quien ella designe realizar el registro del sistema de formación del 100% d ellos registros de la historia clínica, módulos de reportes, formulación de medicamentos, inventarios y control de medicamentos, fichas de notificación obligatoria, seguridad del paciente y lo inherente al proceso de atención prehospitalaria cumplir con la resolución 1995 de 1999 dar respuesta a las novedades asistenciales | se da correcto uso a los elementos tecnologicos asignados a la unidad movil de la atencionprehospitalaria pqara garantizar una buena comunicación con la lider de la unidad funcional | celular institucional, tablet |
| 5 | Cumplir con las indicaciones del líder de la tripulación ( medico, en móvil básica del medico regulador) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, dando cumplimiento a los direccionamientos dados por la dirección centro regulador de urgencias y emergencias de cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación, de las móviles adscritas a la unidad funcional de atención prehospitalaria | se actan y se realizan los procedimientos ordenados por el medico de la tripulacion y/o medico regulador | registro de atencion, libro de novedades |
| 6 | Revisar periódicamente los i sumos y medicamentos asignados a los inventarios de la móvil cumplir con el registro en los formatos diseñados, apoyar al equipo de calidad y seguimiento en la revisión periódica de las ambulancias garantizar la adecuada presentación personal e identificación como contratista de la subred sur mantener una adecuada custodia de los equipos biomédicos, insumos y demás elementos de la móvil asignada, así mismo la entrega mensual de informe de actividades relacionadas con inventario. | se realiza el registro de inventario mensual e insumos y medicamentos de la ambulancia, de igual forma se hace registro de formato de limpieza y desinfeccion | formato de inventario mensual y limpieza y desinfeccion |
| 7 | Cumplir con la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del programa de atención prehospitalaria programados por el dues y/o subred sur E.S.E | se asiste a las reuniones por la coordinacion de aph | listado de asistencia a reuniones |
| 8 | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato | se cumple las actividades asignadas por la coordinacion del programa | libro de novedades, libro de entrega y recibo de turno |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2021 | 4 | 2021 | 05 | 10 | **50508608** | | **$ 710.640** |

| | |
|---|---|
| **VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS** | **SETECIENTOS DIEZ MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS** |

| ÍTEM | | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
|---|---|---|---|---|---|
| **PENSIONADO** | **NO** | PROTECCION | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 145.400 |
| **SALUD** | | SURA | | $ 113.600 | $ 113.600 |
| **ARL** | **4** | SURA | | $ - | |
| **CAJA DE COMPENSACION** | **NO** | - | | $ 259.000 | $ 259.000 |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V6 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | AV VILLAS S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 442720632 |
|---|---|---|---|---|---|

GONZALEZ TORRES DANIELA
**NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA**

1.030.694.113
**CC. NO. CONTRATISTA**

LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ
**NOMBRE DEL SUPERVISOR**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO**

0
**NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN**
**0**

2021-02-12