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-feb.-21** | **Hasta:** | **28-feb.-21** | | | |
| **Nombre del Contratista:** | Shamaryy Andrea Hidalgo Sanabria | | **Cédula:** | 1033761613 | | | |
| **Correo Electrónico:** | shidalgosan@uniminuto.edu.co | | **Teléfono(s):** | 3002372448 | | | |
| **Nombre del Supervisor - Planta:** | | | **Cargo:** | | **Codigo-Grado:** | | |
| **Nombre del Supervisor - Contratista:** | LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ | | **Perfil** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | **No. CTO:** | 6124 | |
| **Apoyo tecnico a la supervision - Planta:** | | | **Cargo:** | | **Còdigo-Grado:** | | |
| **Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:** | | | **Perfil** | | **No. CTO:** | | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NO CONTRATO:** | 004113 | **Año Contrato:** | **2020** | **C.D.P. CONTRATO INICIAL :** | **326** |
| **PERFIL:** | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DIRECCION DE AMBULATORIOS** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **DIRECCION DE URGENCIAS** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **DIRECCION DE HOSPITALARIOS** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **UCI PEDIATRICA** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **UCI NEONATAL** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **UCI ADULTOS** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **DIRECCION COMPLEMENTARIOS** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **CONVENIO APH** | **Ocultar** | | | | | | | |
| SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO | | APH | G01TP | 0 | 168 | $ 9.639 | **$ 1.619.352** | 100,00% |
| | | | | | | | **$ -** | 0,00% |
| | | | | | | | **$ -** | 0,00% |
| **SIRC** | | | | | | | **$ -** | 0,00% |
| **RURALIDAD** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **GESTION DEL RIESGO** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **SALUD PUBLICA PIC** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **HONORARIOS** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **REMUNERACION** | **Mostrar** | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 1.619.352** | **UN MILLON SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS** |

**EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

| FECHA INICIO CONTRATO | | 1/03/2020 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 30/06/2020 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. PRORROGA** | **FECHA INICIO** | **FECHA TERMINACION** | **No. ADICION** | **VALOR ADICION** | **CDP** | **N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO** | **MES CUENTA DE COBRO** | **VALOR A PAGAR** |
| 1 | 2020-07-01 | 2020-08-31 | 1 | $ 5.899.068 | 1089 | **1** | **febrero-2021** | **$ 1.619.352** |
| 2 | 2020-09-01 | 2020-09-30 | 2 | $ 3.470.040 | 1621 | **2** | **marzo-2021** | |
| 3 | 2020-10-01 | 2020-10-31 | 3 | $ 925.344 | 1843 | **3** | **abril-2021** | |
| 4 | 2020-11-01 | 2020-11-30 | 4 | $ 2.698.920 | 2103 | **4** | **Marzo** | **$ 1.895.040** |
| 5 | 2020-12-01 | 2021-01-31 | 5 | $ 2.197.692 | 2370 | **5** | **Abril** | **$ 1.735.020** |
| 6 | 2021-02-01 | 2021-02-28 | 6 | $ 2.313.360 | 2281 | **6** | **Mayo** | **$ 2.544.696** |
| 7 | 2021-03-01 | 2021-03-31 | 7 | $ 2.082.024 | 61 | **7** | **Junio** | **$ 2.429.028** |
| | | | | | | **8** | **Julio** | **$ 2.776.032** |
| | | | | | | **9** | **Agosto** | **$ 2.660.364** |
| | | | | | | **10** | **Septiembre** | **$ 1.735.020** |
| | | | | | | **11** | **Octubre** | **$ 2.197.692** |
| | | | | | | **12** | **Noviembre** | **$ 1.966.356** |
| | | | | | | **13** | **Diciembre** | **$ 1.966.356** |
| | | | | | | **14** | **enero-2021** | **$ 1.735.020** |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 7.171.416** | **$ 26.757.864** | **$ 25.259.976** | **$ 1.497.888** |

## 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 enfermeria para la unidadfuncional de atencion prehospitalaria convenio interadministrativo 2031129-2020 suscrito entre la subred sur y la secretaria distrital de salud, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta, cumpliendo con los estandares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitacion de servicios de salud vigente. | presentar servicios tecnicos como auxiliar de enfermeria aph en las areas asistenciales a los usuarios de la subred sur, con pleno cumplimiento de los estandares de calidad y oportunidad durante el tiempo de disponibilidad indicado en la propuesta | historias clinicas, bitacoras y traslados |
| 2 | Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección 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 Subred Sur para la atención de pacientes en el programa de atención Prehospitalaria. | se responde oportunamente al direccionamiento de los eventos y atenciones que realiza el crue garantizando la oportunidad y continuidad en la atencion y el cumplimiento los procedimiento, guias y protocolos de la subred sur | historias clinicas, bitacoras y traslados |
| 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 a las móviles al responsable delegado por la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria Convenio interadministrativo 2031129-2020 | se realizo cambio de turno y la verificacion del estado de los equipos biomedicos e insumos de la movil, reportando las novedades al delegado d ela ambulancia y cumpliendo con los protocolos asignados por la unidad funcional de atencion prehospitalaria se registraran las novedades en el libro | kardex, libro del inventario fisico entregado a coordinacion |

| 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 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | Realizar el registro en el sistema de información del 100% de los 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 Pre-Hospitalaria, Cumplir con la resolución 1995 de 1999, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades | se realizo respectivo registro de las historias clinicas en la bitacora de traslados y salida y entrada de los insumos y medicamentos utilizados en la carpeta de inventario respectiva | registro en la bitacora de los traslados y registro de salidas y entrada de insumos en el libro de inventario |
| 5 | Cumplir con las indicaciones del líder de la tripulación (médico, en móvil basica 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 en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación, de las | se cumplieron las ordenes del medico lider de la tripulacion para el cumplimiento de las metas asignadas en cuanto oportunidad y eficiencia | historias clinicas, bitacoras y traslados |
| 6 | Revisar periodicamente los insumos y medicamentos asignados a los inventarios de la movil, 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 | informar al personal responsable delegado por la unidad funcional de atencion prehospitalaria de la susubred sur para garantizar la operatividad de la movil | verbal y escrito |
| 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 la SUBRED SUR E.S.E. | pyp, primer respondiente en desastre y atencion diferencial en salud a personas LGBTI. | certificado |
| 8 | cumplir con las demas actividades asignadas en las moviles del programa de atencion prehospitalaria yque sean inherentes al perfil | se da cumplimiento a las actividades asignadas en las moviles del programa de atencion prehospitalaria y que sean inherentes al perfil | registro en bitacoras y libro de entrega de turno |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 1.735.020 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2021 | 1 | 2021 | 02 | 19 | 1034651238 | | |

**VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS:** UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL VEINTE 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 | colfondos | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 145.400 |
| SALUD | | sanitas | | $ 113.600 | $ 113.600 |
| ARL | 4 | | | $ - | |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | - | | $ 259.000 | $ 259.000 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 550488419876070 |
|---|---|---|---|---|---|

Shamaryy Andrea Hidalgo Sanabria
**NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA**
1.033.761.613
**CC. NO. CONTRATISTA**

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

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

2021-02-12