| 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-jun.-21** | **Hasta:** | **30-jun.-21** | | | |
| **Nombre del Contratista:** | SANCHEZ DEVIA EVERSENIO | | **Cédula:** | 1032434121 | | | |
| **Correo Electrónico:** | eversenio.sanchez@gmail.com | | **Teléfono(s):** | 3102190945 | | | |
| **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:** | 004922 | **Año Contrato:** | **2021** | **C.D.P. CONTRATO INICIAL :** | **990** |
| **PERFIL:** | CONDUCTOR | | | | |
| **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 | 228 | | $ 8.227 | **$ 1.875.756** | 100,00% |
| | | | | | | $ - | 0,00% |

| | | |
|---|---|---|
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 1.875.756** | **UN MILLON OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS** |

**EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

| FECHA INICIO CONTRATO | | 1/05/2021 | | | | 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** | |
| | | | | | | **5** | **Mayo** | **$ 2.073.204** |
| | | | | | | **6** | **Junio** | **$ 1.875.756** |
| | | | | | | **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 |
|---|---|---|---|
| **$ 10.201.480** | **$ 10.201.480** | **$ 3.948.960** | **$ 6.252.520** |

## 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 conductor de ambulancia básica o medicalizada 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 | ase prestan servicios de conductor en ambulancia según cronograma de acividaded mensual | libro de pacientes |
| 2 | Dar respuesta oportuna a cada uno de los eventos y atenciones, indicadas por la Direccion Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, realizando los traslados de pacientes asignados de acuerdo a cada uno de los despachos ordenados por el DUES de manera oportuna con calidad y calidez, junto con el equipo médico y técnico que tripula la móvil. | se reciben los despachos generados por el crue, generando oportunidades a la atencion de pacientes bajo los lineamientos establecidos | recibos de pago |
| 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, además de cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional (Chaqueta, camisa, pantalón, botas y carné) durante el desarrollo de las actividades contractuales | se da cumplimiento de porte de elementos de identificacion institucional | chaqueta, camisa, pantalon, botas y carne |
| 4 | Dar cumplimiento a los direccionamientos dados por la dirección centro regulador de urgencias y emergencias, cumpliendo con los tiempos para atención valoración y traslado en el programa de atención Prehospitalaria; Cumplir con las indicaciones del líder de la tripulación (médico, en móvil básica del médico regulador) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa oportunidad, disponibilidad, eficiencia | se realiza cambio de turnoen la base asignada en el centrpo regulador de urgencias y emergencias crue y se realizan desplazamientos estipulados en el centro regulador de urgencias y emergencias CRUE | bitacora de traslados |
| 5 | Revisar, verificar y salvaguardar los elementos que hacen parte de la dotación de herramientas y dispositivos de seguridad vial de la móvil a la que se encuentre asignado, cumplir con el registro en los formatos diseñados físicos y/o digitales, velando por la adecuada utilización de los recursos por parte del equipo médico durante la atención del paciente, verificar y salvaguardar cada uno de los equipo biomédicos y de comunicación asignados a las móviles, así mismo dar un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet...) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades | se da buen uso a los elementos tecnologicos y buenuso de los mismos | celular institucional y tablet |
| 6 | Cumplir con la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del programa de atención prehospitalaria programadas por el dues y/o la subred sur E.S.E | se da cumplimiento a las actividades pertinentes del contrato de acuerdo con las necesidades del servicio | cronograma de actividades |
| 7 | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato | entregar oportunamente las certificaciones de paz y salvo de los comparendos en su efecto acuerdo de los pagos de los mismos | certificscion expedida por el sim |

| 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 PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 2.073.204 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | 1037582078 | | |
| 2021 | 5 | 2021 | 06 | 10 | | | |
| VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS | | DOS MILLONES SETENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CUATRO 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 | | SANITAS | | $ 113.600 | $ 113.600 |
| ARL | 4 | SURA | | $ - | |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | - | | $ 259.000 | $ 259.000 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 488408710462 |
|---|---|---|---|---|---|

SANCHEZ DEVIA EVERSENIO
**NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA**
1.032.434.121
**CC. NO. CONTRATISTA**

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

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

2021-02-12