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-mar.-21**	**Hasta:**	**31-mar.-21**			
Nombre del Contratista:	ARTURO TRUJILLO MONTENEGRO		**Cédula:**	1020783824			
Correo Electrónico:	atrujillomontenegro@gmail.com		**Teléfono(s):**	3163918090			
Nombre del Supervisor - Planta:	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ		**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EL A	**Codigo-Grado:**	242-28	
Nombre del Supervisor - Contratista:			**Perfil**		**No. CTO:**		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			**Cargo:**		**Còdigo-Grado:**		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	FABIAN SANABRIA		**Perfil**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EL A	**No. CTO:**	2855-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002496	**Año Contrato:**	**2021**	**C.D.P. CONTRATO INICIAL :**	**72**
PERFIL:	MEDICO GENERAL HOSPITALARIO				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	HOSPITALIARIOS				
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	Ocultar							
							$ -	
							$ -	
							$ -	
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Ocultar							
HOSP GENERAL - USS EL TUNAL		TUNAL	I01TN	96	48	$ 33,570	$ 4,834,080	100.00%
							$ -	
							$ -	
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	
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:	**$ 4,834,080**	**CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL OCHENTA PESOS**

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2021	
No. PRORROGA	**FECHA INICIO**	**FECHA TERMINACION**	**No. ADICION**	**VALOR ADICION**	**CDP**	**N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO**	**MES CUENTA DE COBRO**	**VALOR A PAGAR**
						1		
1	2021-02-01	2021-04-30	1	10876680	72	2	Febrero	$ 4,028,400
						3	Marzo	$ 4,834,080
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 10,876,680	$ 8,862,480	$ 2,014,200

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	ERENTES						PARTICIPAR EN LA REVISTA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS	HISTORIA CLINICA
2	BRINDAR ATENCION Y ACOMP						ALIMENTACION, ELIMINACION Y TODAS LAS ACTIVIDADES DE APOYO DE ACUERDO A LA CO	HISTORIA CLINICA
3	DILIGENCIAR DE FORMA CLARA,						L DE ENFERMERIA PARA CADA UNO DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A SU PATOLOGIA Y REC	HISTORIA CLINICA

4	VELAR POR EL CORREC						DE INSUMOS NECESARIOS A CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS Y REALIZAR EL DESC	MESA DE AYUDA SUBREDSUR , SISTEMA DINAMICA
5	BRINDAR ASISTEN						NALES DE ENFERMERIA EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS CORRESPONDIENTES HACIENDO U	HISTORIA CLINICA Y SISTEMA DINAMICA
6	PROMOVER EN LOS						EL PACIENTE Y CUIDADOR SOBRE HABITOS DE VIDA SALUDABLE REFORZANDO LAS RECOMEN	SISTEMA DINAMICA
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 4,028,400
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	2	2021	03	08	48447085		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS	CUATRO MILLONES VENTIOCHO MIL CUATROCIENTOS 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	COLPENSIONES	$ 1,611,360	$ 257,900	$ 257,900
SALUD		COMPENSAR		$ 201,500	$ 201,500
ARL	3	SURA		$ 39,300	$ 39,300
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 498,700	$ 498,700

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	77700003955

ARTURO TRUJILLO MONTENEGRO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1,020,783,824
CC. NO. CONTRATISTA

MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EL AREA DE LA SALUD

FABIAN SANABRIA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EL AREA DE LA SALUD

2021-02-12