ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	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-ago.-21**	**Hasta:**	**31-ago.-21**			
Nombre del Contratista:	ANYI PAOLA TANGARIFE GOMEZ		**Cédula:**	1.023.884.449			
Correo Electrónico:	tangarifepaola0@gmail.com		**Teléfono(s):**	3223892104			
Nombre del Supervisor - Planta:			**Cargo:**		**Codigo-Grado:**		
Nombre del Supervisor - Contratista:	LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ		**Perfil**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	**No. CTO:**	5010	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			**Cargo:**		**Còdigo-Grado:**		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			**Perfil**		**No. CTO:**		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	005006	**Año Contrato:**	**2021**	**C.D.P. CONTRATO INICIAL :**	**990**
PERFIL:	GESTOR INTERNO				
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	**Mostrar**							
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	**Ocultar**							
SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO		APH	G01TP				$ **2.497.843**	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2.497.843**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES 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	**Mayo**	**$ 2.497.843**
						2	**Junio**	**$ 2.497.843**
						3	**Julio**	**$ 2.497.843**
						4	**Agosto**	**$ 2.497.843**
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 12.489.215	**$ 12.489.215**	**$ 9.991.372**	**$ 2.497.843**

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 de apoyo a la gestión administrativa 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 cumple con el cronograma de actividades	Cronograma de actividades
2	Brindar herramientas para la prevención, vigilancia, control y reducción de las infecciones asociadas a la atención en salud aplicando listas de chequeo inspeccionando el proceso de limpieza y desinfección y estrategia multimodal higiene de manos y aislamiento.	se aplican las listas de chequeo de acuerdo a las actividades realizadas	Listas de chequeo
3	Fortalecer el equipo asistencial en cuanto a las buenas prácticas de seguridad del paciente, incentivar la cultura de seguridad (reporte de los eventos que ocurran), gestión del incidente y evento adverso, y mantener un proceso institucional seguro, fortalecer las competencias frente al tema y aplicando listas de chequeo de las buenas practicas institucionales de seguridad del paciente del Programa de Atención Prehospitalaria.	se aplican listas de chequeo con respecto a las buenas practicas institucionales de seguridad del paciente relacionadas con la Atención Prehospitalaria	Listas de chequeo

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	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 procesos de revisión de los diferentes elementos que hacen parte de la dotación de los Vehículos de Emergencia (medicamentos, equipos biomédicos, elementos médico-Quirúrgicos, herramientas...), revisión del porte de elementos de identificación institucional y seguridad por parte de las tripulaciones, alistamiento de las unidades moviles para presentación ante los entes de control.	Se realiza apoyo a las tripulaciones para la gestion de equipos biomedicos durante el alistamiento del Vehículo de emerngencias	Formato de entrega de equipos biomédicos
5	Apoyar en el aprovisionamiento optimizando los tiempos del mismo, diligenciar en las bases la información recopilada durante la ejecución de las actividades. Apoyar en la resolución de las novedades presentadas durante el desarrollo de las actividades en el Programa de Atención Prehospitalaria.	se realiza apoyo a las ambulancias para optimizar tiempos de inoperatividad	Reportes de Aplicativo Institucional Whastapp
6	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.	Se llevan a cabo las actividades desiganadas por el supervisor	Actas, Planillas

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 2.497.843
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	7	2021	08	17	52683096		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES 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	PORVENIR	$ 999.137	$ 159.900	$ 159.900
SALUD		NUEVA EPS		$ 124.900	$ 124.900
ARL	3	SURA		$ 24.300	$ 24.400
CAJA DE COMPENSACION	SI	-		$ 309.100	$ 309.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4569752006

ANYI PAOLA TANGARIFE GOMEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.023.884.449
CC. NO. CONTRATISTA

LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12