**PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**

**FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

Ciudad y fecha Bogotá, 31 de Octubre del 2022.

Señor (a)
**SENA**
GABRIEL AUGUSTO DÍAZ REINA No.3885075
SUPERVISOR CONTRATO No. 3885075 DE 2022
Coordinador
Servicio Médico Asistencial
Distrito Capital
Ciudad

**Asunto:** Informe mensual de ejecución contractual
Mes Octubre del año 2022

**Referencia:** No 3885075 del 2022

Corporacion Salud UN, identificado con nit No.900.578.105-0, en mi calidad de Contratista del SENA, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

**Valor y forma de Pago**: $ 5.397.120Regional Regional Distrito Capital, realizará en pagos mensuales el valor pactado, dentro de los Treinta (30) días hábiles siguientes a la radicación de la factura por parte del Contratista a la entidad a través del supervisor del contrato

**Plazo:** El plazo y ejecución del contrato que se suscriba como consecuencia de la adjudicación del presente proceso será de CUATRO (04) MESES y VEINTISIETE (27) días sin exceder el 31 de diciembre de 2022, contados a partir del registro presupuestal, aprobación de la garantía y la suscripción del acta de inicio

| **OBJETO:** |
| --- |
| Prestar los servicios integrales en urgencias, hospitalización (habitación unipersonal o bipersonal, según la disponibilidad de la clínica, se excluye suite o apartamento); unidad de cuidado intensivo; oncología (unidad de quimioterapia); cirugía cardiovascular; enfermedad coronaria; Hemodinamia y cardiología intervencionista; unidad renal (paciente agudo); consulta externa en especialidades y subespecialidades como medicina interna (dermatología, endocrinología, alergología, psiquiatría, psicología, neurocirugía, enfermedades infecciosas, gastroenterología, endoscopia digestiva Hemato-Oncologia, reumatología, neumología, neurología, nefrología), cirugía general (oftalmología, otorrinolaringología), clínica de dolor, ginecología, ortopedia y traumatología, pediatría, rehabilitación física (fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional), anestesiología, medicina nuclear, nutrición, laboratorio vascular no invasivo, laboratorio clínico, anatomía patológica, banco de sangre, trasplante medula ósea, video capsula endoscópica, endoscopia con balón, Uretroscopia flexible, optometría, urología, electrofisiología, litotricia extracorpórea, laboratorio de sueño, |

| |
|---|
| Urodinamia y demás exámenes y servicios que ofrezca en su portafolio de servicios a los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial |

**Obligaciones Especificas:** *(Trascriba las obligaciones especificas del contrato, dentro del siguiente cuadro)*

| No | Obligaciones | Acciones realizadas | Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Presentar la facturación al mes causado dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente en las sedes del Servicio Médico de la Regionales Distrito Capital en horario de 8:00 a.m. a 5:30 p.m | *Se factura de acuerdo a los servicios por valorde $ 5.397.120 | *Se realiza el respectivo cargue en secop II |
| 2 | La facturación debe ser presentada de forma ordenada y los procedimientos cobrados deben llevar el código ISS2001, y su tarifa ISS2001 o CUPS según el caso, se deben anexar los soportes de los servicios facturados incluyendo las lecturas de apoyo diagnóstico, resumen de la Historia Clínica y/o Epicrisis para procedimientos quirúrgicos, de urgencias o de alta complejidad, correspondientes a los 21 GCCON-F-046 V.02 servicios relacionados en la factura y que se hubieren prestado al usuario. Anexar a la factura fotocopia del pago de Parafiscales (uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas). | *Se valida la autorización que corresponde al servicio prestado. que corresponde al servicio prestado.<br>* Se factura de acuerdo al servicio prestado.<br>*Se rama la cuenta y se entrag en la oficina de radicación. | *Se adjunta la fatcuras con todos los soportes como: detalle del servicio prestado, autorización, resultados de exámenes ( de penden del servicio prestado al paciente) y certificado de parafiscales. |

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.

Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

| ITEM | No DE LA ORDEN DE VIAJE | LUGAR DE DESPLAZAMIENTO | FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS | |
|---|---|---|---|---|
| | | | INICIO | FINALIZACIÓN |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |

***Nota 1:*** *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No. 62303942 y No. 62303964 de la planilla, CROWE CO S.A.S y septiembre - octubre. (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites"*)

**Declaración bajo la gravedad de juramento.**

Me permito declarar **bajo la gravedad de juramento** que durante el periodo objeto de cobro SI X NO___ he suscrito otro u otros contratos con entidade(s) del Estado el (los) cual(es) se encuentra(n) en ejecución; la anterior declaración de acuerdo con lo establecido en el numeral 5º de la Directiva Presidencial No. 001 de 2022, a fin de identificar potenciales conflictos de interés y hacer la gestión del riesgos para la toma de decisiones dentro del principio de la debida diligencia frente a la ejecución de los contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión.

**Nota:** En el evento de señalar **SI,** el análisis efectuado por el supervisor y ordenador de pago deberá quedar documentado y publicado en el SECOP II en los documentos relacionados en el archivo Gestión Contractual GC_ del periodo objeto de cobro.

Evidencias en 34 folios

Cordialmente,

**Firma**
Ruby Gonzalez
Corporacion Salud UN
C.C. No. 1.022.949.383

Recibí a satisfacción:

**Firma**
Gabriel Augusto Díaz Reina
SUPERVISOR CONTRATO No. 3885075 DE 2022
Coordinador Servicio Médico Distrito Capital