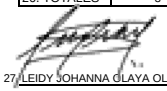
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL FORMATO SEGUIMIENTO A SUMINISTRO DE ALIMENTOS SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD	Código: FOR-PSS-412 Versión: 0 Fecha: 30/11/2020 Memo I2020032986 Página: 1 de 1

1	CONTRATO/CONVENIO N° Y FECHA	**8413/2024**	
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	**FUNDACION MISIONEROS DIVINA REDENCION SAN FELIPE NERI-FUMDIR**	
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	**CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 4**	
4	TIPO DE ATENCIÓN	**INTERNO**	
5	PERIODO	01/08/2024	31/08/2024
6	CANTIDAD DE DIAS HÁBILES (COSTOS VARIABLES)	31	
7	CANTIDAD DE DIAS CALENDARIO (COSTOS FIJOS)	30	

	VALOR DIARIO DE ALIMENTO POR PERSONA	
8	DESAYUNO	$ 3,114
9	REFRIGERIO DE LA MAÑANA	$ 1,509
10	ALMUERZO	$ 5,831
11	REFRIGERIO DE LA TARDE	$ 1,625
12	COMIDA	$ 4,440
13	TOTAL DIARIO ALIMENTO POR PERSONA	$ 16,520

14. CUPO	ALIMENTOS SUMINISTRADOS DURANTE EGRESO O INGRESO, NOVEDADES DE HOSPITALIZACION										25. VALOR COSTO VARIABLE ALIMENTOS
	15. CANTIDAD DESAYUNO	16. VALOR DESAYUNO	17. CANTIDAD REFRIGERIO MAÑANA	18. VALOR REFRIGERIO MAÑANA	19. CANTIDAD ALMUERZO	20. VALOR ALMUERZO	21. CANTIDAD REFRIGERIO TARDE	22. VALOR REFRIGERIO TARDE	23. CANTIDAD COMIDA	24. VALOR COMIDA	
1		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
2		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
3		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
4		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
5		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
6		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
7		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
8		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
9		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
10		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
11		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
12		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
13		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
14		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
15		$ 3,114		$ 1,509	1	$ 5,831	1	$ 1,625	1	$ 4,440	11,897
16		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
17		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
18		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
19		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
20		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
21		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
22		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
23		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
24		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
25		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
26		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
27		$ 3,114		$ 1,509	1	$ 5,831	1	$ 1,625	1	$ 4,440	11,897
28		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
29		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
30		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
31		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
32		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
33	1	$ 3,114	1	$ 1,509	1	$ 5,831	1	$ 1,625	1	$ 4,440	16,520
34		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
35		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
36		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
37		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
38		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
39		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
40		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
41		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
42		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
43		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
44		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0

45		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
46	1	$ 3,114	1	$ 1,509	1	$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	10,454
47		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
48		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
49		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
50		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
51		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
52		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
53		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
54		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
55		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
56		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
57		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
58		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
59		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
60		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
61		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
62		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
63		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
64		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
65		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
66		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
67		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
68		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
69		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
70		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
71		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
72		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
73		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
74	1	$ 3,114	1	$ 1,509	1	$ 5,831	1	$ 1,625	1	$ 4,440	16,520
75		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
76		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
77		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
78		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
79		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
80		$ 3,114		$ 1,509		$ 5,831		$ 1,625		$ 4,440	0
26. TOTALES	3	$ 9,342	3	$ 4,528	5	$ 29,154	4	$ 6,502	4	$ 17,762	$ 67,288



27 LEIDY JOHANNA OLAYA OLAYA

28 NOMBRE DEL COORDINADOR (A)



29 P. JESUS ANTONIO RAMIREZ GIRALDO

30 NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1	CONTRATO/CONVENIO Y VIGENCIA	Anote el número de contrato o convenio y la vigencia a la que corresponde.
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	Escriba el nombre del contratista o asociado.
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	Escriba el nombre de la unidad operativa en la cual se presta el servicio.
4	TIPO DE ATENCIÓN	Especifique si la atención prestada es: Interna Adultos, Externa Adultos o Externa Menores.
5	PERIODO	En la primera casilla escriba la fecha inicial del periodo (dd/mmm/aaaa) y en la segunda casilla la fecha final del periodo (dd/mmm/aaaa). Este periodo debe corresponder a un mes o fracción de mes calendario.
6	DÍAS HÁBILES DEL PERIODO	Registre el número total de días de atención durante el periodo, que es el número de días a tener en cuenta para calcular los costos variables.
7	DÍAS COSTOS FIJOS DEL PERIODO	Registre el número de días según la forma de pago establecida para costos fijos.
8	DESAYUNO	Registre el valor diario del desayuno por persona.
9	REFRIGERIO DE LA MAÑANA	Registre el valor diario del refrigerio de la mañana por persona.
10	ALMUERZO	Registre el valor diario del almuerzo por persona.
11	REFRIGERIO DE LA TARDE	Registre el valor diario del reigerio de la tarde por persona.
12	COMIDA	Registre el valor diario de la comida por persona.
13	TOTAL DIARIO ALIMENTO POR PERSONA	Corresponde al valor diario de total de alimentos por persona.
14	CUPO	Escriba el número de cupo a que correponde la persona atendida en el periodo, acorde con el control de asistencia.
15	CANTIDAD DESAYUNO	Registre la cantidad de desayunos recibidos por persona durante el periodo.
16	VALOR DESAYUNO	Viene valor formulado de numeral 8
17	CANTIDAD REFRIGERIO DE LA MAÑANA	Registre la cantidad de refrigerios de la mañana recibidos por persona durante el periodo.
18	VALOR REFRIGERIO DE LA MAÑANA	Viene valor formulado de numeral 9
19	CANTIDAD ALMUERZO	Registre la cantidad de almuerzos recibidos por persona durante el periodo.
20	VALOR ALMUERZO	Viene valor formulado de numeral 10
21	CANTIDAD REFRIGERIO DE LA TARDE	Registre la cantidad de refrigerios de la tarde recibidos por persona durante el periodo.
22	VALOR REFRIGERIO DE LA TARDE	Viene valor formulado de numeral 11
23	CANTIDAD COMIDA	Registre la cantidad de comidas recibidas por persona durante el periodo.
24	VALOR COMIDA	Viene valor formulado de numeral 12
25	TOTAL VALOR ALIMENTOS SUMINISTRADOS	Corresponde al valor total de alimentos recibidos por persona durante el periodo.
26	TOTALES	Coresponde a los valores totales por columna de cantidad y cl calor total de alimentos recibidos en el periodo
27	FIRMA COORDINADOR DEL CENTRO	Sobre la línea va la firma del coordinador(a) del centro, como responsable de la información consignada en la planilla.
28	NOMBRE COORDINADOR DEL CENTRO	Debe registrarse el nombre completo del(a) coordinador(a) del centro
29	FIRMA REPRESENTANTE LEGAL	Sobre la línea va la firma del(la) representante legal, como responsable de la información consignada en la planilla.
30	NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	Debe registrarse el nombre completo del(la) representante legal del centro