

		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-sep.-21		Hasta:	30-sep.-21		
Nombre del Contratista:	ROSA BERNARDA JACANAMEJOY JACANAMEJOY			Cédula:	53.088.188		
Correo Electrónico:	Jacanamejoy50@gmail.com			Teléfono(s):	3186976235		
Nombre del Supervisor - Planta:				Cargo:			
Nombre del Supervisor - Contratista:	CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR			Perfil:	REF GESTION ENTORNO HOGA	Código-Grado:	No. CTO: 5508
Apoyo técnico a la supervisión - Planta:				Cargo:			
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:				Perfil:			

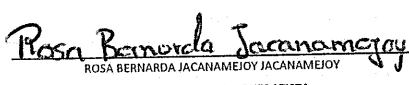
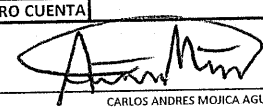
DATOS DEL CONTRATO			
NO CONTRATO:	6841-2021	Año Contrato:	2021
PERFIL:	GESTOR COMUNITARIO ETNICO		
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	GESTION DEL RIESGO EN SALUD		
UNIDAD DE SERVICIOS:	ENTORNO HOGAR		
C.D.P. CONTRATO INICIAL: 2195			

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							
RURALIDAD	Mostrar					\$ -	0,00%
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar						
GESTION DEL RIESGO	Mostrar						
SALUD PUBLICA PIC	Ocultar						
PIC ESPACIO VIVIENDA SALUD PUBLICA		SALUD PUBLICA	K27PI			\$ 1.395.242	100,00%
						\$ -	0,00%
						\$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar						
REMUNERACION	Mostrar						
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1.395.242	UN MILLON TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS					

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO								
FECHA INICIO CONTRATO		19/08/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL		
						31/10/2021		
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2		
						3		
						4		
						5		
						6		
						7		
						8	Agosto	\$ 558.097
						9	Septiembre	\$ 1.395.242
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 3.441.597	\$ 3.441.597	\$ 1.953.339	\$ 1.488.258

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO			
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar planeación, implementación, monitoreo y evaluación correspondiente a los procesos asignados de acuerdo al Plan de Intervención Colectiva y conforme a las cualidades de los lineamientos definidos para las actividades a desarrollar en el cumplimiento al objeto contractual	Inducción, Apropiación conceptual de Lineamientos , Contacto telefonico con usuarios, apoyo al proceso de caracterización de familias	Formatos de familias caracterizadas y planes implementados.
2	Actualización de cronograma de actividades	Cronograma	Cronograma

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	\$
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	8615356190		558.00
2021	8	2021	09	13			
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS							
QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVENTA Y SIETE 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			\$ 908.526	\$ 145.400	\$ 58.200
SALUD		MALLAMAS				\$ 113.600	\$ 45.500
ARL	3	SURA				\$ 22.100	\$ 8.900
CAJA DE COMPENSACION	NO					\$ 281.100	\$ 112.600
INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO							
ENTIDAD BANCARIA:		BANCO DAVIVIENDA S.A.			TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA
							488422985777
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">  <p>ROSA BERNARDA JACANAMEJOY JACANAMEJOY</p> <p>NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA</p> <p>53.088.188</p> <p>CC. NO. CONTRATISTA</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR</p> <p>NOMBRE DEL SUPERVISOR</p> <p>REF GESTION ENTORNO HOGAR</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>0</p> <p>NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN</p> <p>0</p> </div>							
2021-02-12							



RAZON SOCIAL :	ROSA BERNARDA JACANAMEJOY JACANAMEJOY
IDENTIFICACION:	CC-53088188
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-09-14
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-09-21
FECHA DE PAGO:	2021-09-13
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2021-08
PERIODO SALUD:	2021-08
NUMERO PLANILLA:	8615356190
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8615356190
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPSIC5	837000084	EPS-S MALLAMAS	1	\$ 363.411	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 45.500	\$ 45.500
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 363.411	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 58.200	\$ 58.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 363.411	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 8.900	\$ 8.900
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 112.600	\$ 112.600

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/10/2021
----------------------------------	------------

PAGO DE FACTURAS

NUM APROBACION: 35261125
NUM REFERENCIA: 00000000610356100
NUM IDENTIFICACION: 53008100
PERIODO: 2021-009
FECHA EFECTIVA: 2021-09-13
VALOR: 112.500
LUN 13 SEP 21 14:43:54
256-03126721-0097
780002-007494-044619-700000-00
CONSERVE ESTE TIQUETE ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A
A SU OPERADOR
AGT 004890 DER 16318
07172458-665759

Búsqueda ▼ **Mis procesos** ▼ **Menú** ▼ **Ir a** ▼

Ejecutorio → Ver → Administración de contratos → **Ver contrato**

Datos guardados

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☒ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

Nº de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
<i>No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados</i>					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ NOTIFICACION SUPERVISOR CTO-6841-2021.pdf	NOTIFICACION SUPERVISOR CTO-6841-2021.pdf	Comprador
☐ CERTIFICADO ARL CTO-6841-2021.pdf	CERTIFICADO ARL CTO-6841-2021.pdf	Comprador
☐ CUENTA AGOSTO-6841-2021.pdf	CUENTA AGOSTO-6841-2021.pdf	Proveedor

Crear

Cancelar

Borrar **Cargar nuevo**

Evaluación de la Entidad Estatal

Evaluación de la Entidad Estatal

Acceso a Internet