

		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-nov.-21		Hasta:	30-nov.-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:		Código-Grado:	
Nombre del Supervisor - Contratista:	CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR			Perfil:	REF GESTION ENTORNO HOGA	No. CTO:	5508
Apoyo técnico a la supervisión - Planta:				Cargo:		Código-Grado:	
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:				Perfil:		No. CTO:	

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

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	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	2021-11-01	2021-11-30	1	\$ 1.395.242	3062	1			
						2			
						3			
						4			
						5			
						6			
						7			
						8	Agosto	\$	558.097
						9	Septiembre	\$	1.395.242
						10	Octubre	\$	1.395.242
						11	Noviembre	\$	1.395.242
						12			
						13			

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 3.441.597	\$ 4.836.839	\$ 4.743.823	\$ 93.016

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO			
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)			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	\$	1.395.24										
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	8615897262													
2021	10	2021	11	12														
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS					UN MILLON TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS													
PENSIONADO		NO		COLPENSIONES				145.400										
SALUD				MALLAMAS				113.600										
ARL		3		SURA				22.200										
CAJA DE COMPENSACION		NO						281.200										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO</th> </tr> <tr> <th>ENTIDAD BANCARIA:</th> <th>BANCO DAVIVIENDA S.A.</th> <th>TIPO CUENTA</th> <th>AHORROS</th> <th>NRO CUENTA</th> <th>488422985777</th> </tr> </thead> </table>									INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO				ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	488422985777
INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO																		
ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	488422985777													
<p><u>Rosa Jacanamejoy</u> ROSA BERNARDA JACANAMEJOY JACANAMEJOY NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA 53.088.188 CC. NO. CONTRATISTA</p>					<p><u>Carlos Andres Mojica Aguilar</u> CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR NOMBRE DEL SUPERVISOR REF GESTION ENTORNO HOGAR</p>													
<p>0 NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN 0</p>																		



RAZON SOCIAL :	ROSA BERNARDA JACANAMEJOY JACANAMEJOY
IDENTIFICACION:	CC-53088188
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-11-16
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-11-23
FECHA DE PAGO:	2021-11-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2021-10
PERIODO SALUD:	2021-10
NUMERO PLANILLA:	8615897262
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8615356190
TIPO DE PLANILLA:	1

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	\$ 908.526	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600	\$ 113.600
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 908.526	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145.400	\$ 145.400
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 908.526	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 22.200	\$ 22.200
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 281.200	\$ 281.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/12/2021
----------------------------------	------------



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION: 00253077
NUM REFERENCIA: 0000008615356190
NUM IDENTIFICACION: 53088188
PERIODO: 2021-10
FECHA EFECTIVA: 2021-11-12

VALOR: 281.200

VIE12 NOV 21 14:06:48

316-00557983-280

780379-260869-644629-764260-45

CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.

AGT 600264 CLR 14525

01162637-044648

f

