

INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE  
SERVICIOS

DATOS DEL INFORME

|                         |                              |            |                                         |                 |
|-------------------------|------------------------------|------------|-----------------------------------------|-----------------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                       | 2022-05-01 | Hasta:                                  | 2022-05-31      |
| Nombre del Contratista: | DANNA MERCEDES TENGUAMA      |            | Número de Documento:                    | 1030534234      |
| Correo Electrónico:     | tenguama1002@gmail.com       |            | Número Telefónico:                      | 3155349613      |
| Nombre del Supervisor:  | CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR | Cargo:     | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 (ENFERMERO) | Código Grado: - |

DATOS DEL CONTRATO

|                                |                                          |               |      |                       |      |
|--------------------------------|------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|------|
| No. Contrato:                  | 5708-2022                                | Año Contrato: | 2022 | CDP Contrato Inicial: | 1291 |
| Perfil:                        | TECNICO 1 PIC                            |               |      |                       |      |
| Dirección a la que Perteneces: | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD |               |      |                       |      |
| Unidad de Servicios:           | PIC                                      |               |      |                       |      |

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos             | Dirección                                | Unidad                                                                       | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
|------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------|
| K27PI                        | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA                                                                | \$2232442 | 100%                           |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 2232442                               | DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS |           |                                |

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

|                              |                          |                                           |                    |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--------------------|
| Fecha de Inicio del Contrato | 2022-05-01               | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2022-06-20         |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO   | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS                          | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 3795151                   | \$ 3795151               | \$ 0                                      | \$ 3795151         |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|

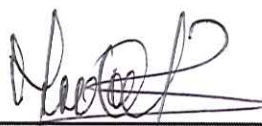
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1 | Realizar visita domiciliaria diligenciando caracterización familiar para la identificación de riesgos en salud en familias con población priorizada: mujeres gestantes, menores de cinco años y adulto con enfermedades crónicas (HTA-DBT-EPOC).                                                                                                                                                                                                                                               | -Se recepciona base de usuarios notificados por eventos de interés en salud pública, se realiza revisión de los usuarios asignados y búsqueda de datos de ubicación por aplicativos PAI, comprobador de derechos, Dinámica y se realiza planificación de los seguimientos telefónicos por parte del profesional. Se realizan caracterizaciones (plan formulado) a familias con eventos de interés en salud pública. Se realizan implementaciones (plan implementado) a familias con eventos de interés en salud pública según la priorización de los mismos. | -Formatos de familias caracterizadas y planes implementados. |
| 2 | Realizar el registro de la ficha de notificación No. 346 en los puntos de toma de muestras COVID 19. Aplicar encuesta Covid a usuarios previo a toma de muestras Covid 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | -Caracterización a familias priorizadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | -Formatos establecidos para la caracterización               |
| 3 | Aplicar encuesta Covid a usuarios previo a toma de muestras Covid 19. Realizar búsqueda activa de familias periurbanas con prioridades en salud (menores 5 años, gestantes, usuarios crónicos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se presentan informes y reportes en la periodicidad definida, con calidad, veracidad y cumplimiento, de acuerdo a la meta acordada, productividad y actividades ejecutadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Registro de fotografías y plan de acción-                    |
| 4 | Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del referente y el líder. Implementar el instrumento de identificación de riesgo periurbano con el fin de reconocer necesidades principales en las familias abordadas y poder así generar ruta de atención teniendo en cuenta riesgos identificados. | Se planea, verificar y presentar procesos de preauditorias y auditorías internas y externas según requerimiento, cumpliendo con características de calidad, oportunidad y veracidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Presentación de formatos con calidad.                        |
| 5 | . Realizar proceso de activación de ruta a usuarios periurbanos que presenten barreras de acceso a los servicios de salud o inherentes a los servicios médicos. Realizar acciones de gestión en lo que respecta a orientación a casos de aseguramiento y rutas de acceso a los servicios de salud, activación y movilización de rutas sectoriales e intersectoriales que se requieran                                                                                                          | Activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Registro fotográfico y plan de acción.                       |
| 6 | Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | -Los productos presentados deben cumplir con atributos de calidad, oportunidad y veracidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | -Registro fotográfico y plan de acción.                      |
| 7 | Adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 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                                                                                                                                                                                                                                                                      | Cumplimiento con los objetivos requeridos.                   |
| 8 | Las demás acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la Institución y del PIC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Se da cumplimiento a las actividades requeridas a las instituciones (cabildos).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Registro fotográfico y el plan de acción                     |

# INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

|                                                         |       |               |     |      |                                            |                                                     |                                |                   |
|---------------------------------------------------------|-------|---------------|-----|------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------|
| Periodo al que<br>corresponde el pago                   |       | Fecha de Pago |     |      | Número de Planilla                         | Valor de Honorarios Certificados el<br>Mes Anterior | \$ 0                           |                   |
| AÑO                                                     | MES   | AÑO           | MES | DÍA  | 8619275989                                 |                                                     |                                |                   |
| 2022                                                    | ABRIL | 2022          | 05  | 11   |                                            |                                                     |                                |                   |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |       |               |     |      | CEROPESOS                                  |                                                     |                                |                   |
| Item                                                    |       |               |     |      | Entidades Aportantes<br>a Seguridad Social | Ingreso Base de<br>Cotización                       | Valor Mínimo<br>de los Aportes | Valor<br>Aportado |
| Pensionado                                              |       |               |     | NO   | PORVENIR                                   | \$ 1000000                                          | \$ 160000                      | \$ 160000         |
| Salud                                                   |       |               |     |      | SALUD TOTAL                                |                                                     | \$ 125000                      | \$ 125000         |
| ARL                                                     |       |               | 3   | SURA | \$ 24360                                   |                                                     | \$ 24400                       |                   |
| Caja de Compensación                                    |       |               |     | NO   |                                            | Total                                               | \$ 290220                      | \$ 309400         |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 24075238209 |
|------------------|-------------------------------|----------------|---------|------------------|-------------|
|------------------|-------------------------------|----------------|---------|------------------|-------------|

  
**DANNA MERCEDES TENGUAMA**  
 1030534234

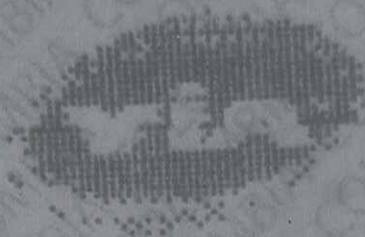
  
**CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR**  
 PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (ENFERMERO)



|                              |                                      |
|------------------------------|--------------------------------------|
| RAZON SOCIAL :               | DANNA MERCEDES TENGUAMA JACOBOMBAIRE |
| IDENTIFICACION:              | CC-1030534234                        |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                                    |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: |                                      |
| FECHA GENERACION REPORTE:    | 2022-05-16                           |
| FECHA LIMITE DE PAGO:        | 2022-05-09                           |
| FECHA DE PAGO:               | 2022-05-11                           |
| ENTIDAD DE PAGO:             | BANCO DE OCCIDENTE                   |
| PERIODO PENSION:             | 2022-04                              |
| PERIODO SALUD:               | 2022-04                              |
| NUMERO PLANILLA:             | 8619275989                           |
| TOTAL COTIZANTES:            | 1                                    |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN):    | 8608217961                           |
| TIPO DE PLANILLA:            | I                                    |

| CODIGO ENTIDAD | NIT       | NOMBRE      | NUMERO AFILIADOS | IBC          | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|-------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS002         | 800130907 | SALUD TOTAL | 1                | \$ 1.000.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 125.000                | \$ 125.000  |
| 230301         | 800224808 | PORVENIR    | 1                | \$ 1.000.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 160.000                | \$ 160.000  |
| 14-11          | 890903790 | ARL SURA    | 1                | \$ 1.000.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 24.400                 | \$ 24.400   |
| Total a pagar  |           |             |                  |              | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 309.400                | \$ 309.400  |

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 08/06/2022 |
|----------------------------------|------------|



# PAGO DE FACTURAS

FILA BP

NUM APROBACION: 03412566

NUM REFERENCIA: 00000008608217961

NUM IDENTIFICACION: 1030534234

PERIODO: 2022-04

FECHA EFECTIVA: 2022-05-11

VALOR: 309.400

MIE11 MAY 22

14:08:49

131-05145281-153

788977-878918-144624-802260-40

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

AGT 331558 CLR

52547286

00109947-859204

