



## DATOS DEL INFORME

|                                               |                              |              |                            |               |
|-----------------------------------------------|------------------------------|--------------|----------------------------|---------------|
| Periodo a Certificar:                         | Desde:                       | 01-ago-21    | Hasta:                     | 31-ago-21     |
| Nombre del Contratista:                       | YEIMMY LORENA MOJICA BELLO   | Cédula:      | 1022944618                 |               |
| Correo Electrónico:                           | ymojicabello@gmail.com       | Teléfono(s): | 3212218929                 |               |
| Nombre del Supervisor - Planta:               |                              | Cargo:       |                            | Código-Grado: |
| Nombre del Supervisor - Contratista:          | CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR | Perfil:      | REFERENTE DE GESTION PROFE | 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:                  | 005509                      | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL: | 1076 |
| PERFIL:                       | AUXILIAR DE ENFERMERIA      |               |      |                          |      |
| 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                                                          | Ocultar       |                                                                              |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
|                                                                                    |               |                                                                              |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| DIRECCION DE URGENCIAS                                                             | Mostrar       |                                                                              |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| 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                                                                        |                     |                        |            | \$ 2.232.442 | 100,00%                         |
|                                                                                    |               |                                                                              |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| HONORARIOS                                                                         | Mostrar       |                                                                              |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| REMUNERACION                                                                       | Mostrar       |                                                                              |                     |                        |            |              |                                 |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES:                                                       | \$ 2.232.442  | DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS |                     |                        |            |              |                                 |

## EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO |              | 01/05/2021        |             |               |      | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL |                     | 30/06/2021    |           |
|-----------------------|--------------|-------------------|-------------|---------------|------|------------------------------------|---------------------|---------------|-----------|
| No. PRORROGA          | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP  | N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO    | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |           |
| 1                     | 2021-07-01   | 2021-07-15        |             |               |      | 1                                  |                     |               |           |
| 2                     | 2021-07-16   | 2021-08-31        | 1           | \$ 2.232.442  | 1875 | 2                                  |                     |               |           |
| 3                     | 2021-09-01   | 2021-10-31        | 2           | \$ 6.697.326  | 2195 | 3                                  |                     |               |           |
|                       |              |                   |             |               |      | 4                                  |                     |               |           |
|                       |              |                   |             |               |      | 5                                  | Mayo                | \$            | 2.250.128 |
|                       |              |                   |             |               |      | 6                                  | Junio               | \$            | 2.232.442 |
|                       |              |                   |             |               |      | 7                                  | Julio               | \$            | 2.232.442 |
|                       |              |                   |             |               |      | 8                                  | Agosto              | \$            | 2.232.442 |
|                       |              |                   |             |               |      | 9                                  |                     |               |           |
|                       |              |                   |             |               |      | 10                                 |                     |               |           |
|                       |              |                   |             |               |      | 11                                 |                     |               |           |
|                       |              |                   |             |               |      | 12                                 |                     |               |           |
|                       |              |                   |             |               |      | 13                                 |                     |               |           |

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 4.482.570

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 13.412.338

PAGOS REALIZADOS

\$ 8.947.454

SALDO DEL CONTRATO

\$ 4.464.884

## 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 LA PLANIFICACION, IMPLEMENTACION, MONITOREO Y EVALUACION CORRESPONDIENTES A LOS PROCESOS ASIGNADOS DE ACUERDO AL PLAN DE INTERVENCIÓN OLECTIVA Y CONFORMES A LAS CUALIDADES DE LOS LINEAMIENTOS DEFINIDOS PARA LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO CONTRACTUAL. |  |  |  |  | ASISTENCIA A PUNTO DE TOMA DE PRUEBAS COVID PARA TAMIZACION DE USUARIOS EN ZONAS ESPECIALES ACORDE AL DIRECCIONAMIENTO DE SDS CON EL FIN DE IMPACTAR EN SALUD PARA LA INTERVENCIÓN TEMPRANA DE POBLACION EN RIESGO POR CORONAVIRUS. |  | FICHA DE NOTIFICACION, REGISTRO EN APLICATIVO ENCUESTA Y SOPORTE ENTREGA AL LABORATORIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE 184 HORAS LISTADO PARTICIPACION REUNION MENSUAL DEL ESPACIO ENTORNO HOGAR. |  |
| 2                                                         | PRESENTAR INFORMES Y REPORTES EN LA PERIODICIDAD DEFINIDA CON CALIDAD, VERACIDAD Y CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A LA META ACORDADA, PRODUCTIVIDAD Y ACTIVIDADES EJECUTADAS                                                                                                                           |  |  |  |  | REGISTRO Y TOMA DE MUESTRAS EN LOS PUNTOS POR CONGLOMERADOS DE MUESTREO                                                                                                                                                             |  | FICHA DE NOTIFICACION, REGISTRO EN APLICATIVO ENCUESTA MUESTREO Y SOPORTE ENTREGA AL LABORATORIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE 184 HORAS.                                                        |  |



DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social              | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                  | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|----------------|----|---------------------------|-----------------|--------------------|----------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| CC 1023944618  |    | MOJICA BELLO YEMMY LORENA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CALLE 60 SUR N 2 C-45 ESTE | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7226763  | No                    |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | Clave   | Planilla   | Tipo       | Fecha      | Pago       | Dias Mora | Valor     |
|---------|---------|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|
| Pensión | Salud   | Pago       | Planilla   | Limite     | Pago       |           |           |
| 2021-07 | 2021-07 | 1000001142 | 9422384457 | 2021/08/05 | 2021/08/11 | 0         | \$281,200 |

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO |                |              |        |      | PENSION   |           |        | SALUD |           |           | CCF    |      |     | RIESGOS   |        |      |           | PARAFISCALES |      |  |
|----------|----------------|--------------|--------|------|-----------|-----------|--------|-------|-----------|-----------|--------|------|-----|-----------|--------|------|-----------|--------------|------|--|
| No.      | Identificación | Nombres      | Codigo | Dias | IBC       | Aporte    | Codigo | Dias  | IBC       | Aporte    | Codigo | Dias | IBC | Aporte    | Codigo | Dias | IBC       | Aporte       | Dias |  |
| 1        | CC 1023944618  | MOJICA YEMMY | 25-14  | 30   | \$908,526 | \$145,400 | EP5017 | 30    | \$908,526 | \$113,600 | 0      | 0    | \$0 | \$113,600 | 14-11  | 30   | \$908,526 | \$22,200     | 0    |  |
| Total    |                | Afilados( 1) |        |      | \$908,526 | \$145,400 |        |       | \$908,526 | \$113,600 |        |      | \$0 | \$0       |        |      | \$908,526 | \$22,200     | \$0  |  |

RESUMEN DE PAGO

| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    |           |                 |                |                        |               |
| COLPENSIONES             | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$145,400       | \$0            | \$0                    | \$145,400     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    |           |                 |                |                        |               |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$22,200        | \$0            | \$0                    | \$22,200      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    |           |                 |                |                        |               |
| FAMISANAR                | EP5017 | 830,003,564 | 7  | 1         | \$113,600       | \$0            | \$0                    | \$113,600     |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$281,200       | \$0            | \$0                    | \$281,200     |

AGO 11 2021 14:21:37 REMICT 8.63  
CORRESPONSAL  
ACUARELA DISEÑO E IMPR  
CC ALTAVISTA LOC 139

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0016307365 TER: 11162823  
V. ELECTRON Cc  
\*\*1570 RECIBO: 008383 RRN: 017249  
RECAUDO APRO: 260605

SERVICIO: 0000001506  
FACTURA: 000000009422386457

**\*\* PAGO FACTURA \*\***  
TRANSACCION EXITOSA

**RECAUDO \$ 281.200**

FECHA PLANILLA: 2021/07  
VALOR PLANILLA: \$ 281.200  
VALOR COMISION: \$ 0  
VALOR IVA: \$ 0  
PAGO APLICADO EN MM/DD: 00/00  
\*\*\* CLIENTE \*\*\*  
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA  
NACIONAL: 01 8000518877

AGO 11 2021 - 14:21:09  
CORRESPONSAL  
ACUARELA DISEÑO E IMPR  
CC ALTAVISTA LOC 139  
BANCO DE BOGOTA

SERVICIO: 0000001506  
FACTURA: 000000009422386457

VALOR: \$ 281.200

TOTAL: \$ 281.200

