ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V7

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	21-abr.-22	Hasta:	30-abr.-22			
Nombre del Contratista:	DIANA PAOLA ROBAYO GONZALEZ		Cédula:	53007094			
Correo Electrónico:	diapaorgsubredsur@gmail.com		Teléfono(s):	3202236688			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:			Codigo-Grado:	
Nombre del Supervisor - Contratista:	LEIDY JOHANNACATAÑEDA CAMPOS		Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		No. CTO:	1353-2022
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:			Còdigo-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil			No. CTO:	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	005076	Año Contrato:	2022	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	1233
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	UNIDAD MANUEL BELTRAN				

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							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO - CONVENIO 3017398 SED PESO Y TALLA		MANUELA BELTRAN	K29PI398				$ 967.392	100.00%
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 967.392	NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		21/4/2022				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/5/2022	
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	Abril	$ 967.392
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.274.248	$ 3.274.248	$ 967.392	$ 2.306.856

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	REALIZAR LAS TOMAS Y SISTEMATIZACION DE TALLA Y PESO DE NIÑOS Y NIÑAS DE PRE-JARDIN,JARDIN Y TRANSICION,EN EL GRUPO DE COLEGIO ASIGNADO	SE REALIZA TAMIZAJE DE PESO Y TALLA A LOS NIÑOS DE PRIMERA INFANCIA DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA LOCALIDAD DE USME	BASE DE DATOS, ACTAS Y LISTADOS DE ASISTENCIA
2	APOYAR LA VERIFICACION DEL CONSENTIMIENTO QUE LAS FAMILIAS O CUIDADORES OTORGAN AL COLEGIO PARA HACER LA MEDICION DE TALLA Y PESO	PASAR LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN FISICO A CONSENTIMIENTO VIRTUAL POR MEDIO DEL LINK ESTABLECIDO POR SECRETARIA DE EDUCACION	LINK DE DILIGENCIAMIENTO
3	DEFINIR EN CONJUNTO CON EL PROFESIONAL DE NUTRICION EL CRONOGRAMA PARA LA TOMA DE TALLA Y PESO EN LA IED ASIGNADA	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO PARA REALIZAR TAMIZAJE DE PESO Y TALLA A LOS NIÑOS DE LA LOCALIDAD DE USME	CRONOGRAMA
4	REALIZAR LOS BARRIDOS POR COLEGIOS DE LAS NOVEDADES PRESENTADAS DE LA MEDICION DE TALLA Y PESO	SE REALIZA CONCERTACION CON LOS COLEGIOS PARA UNA NUEVA JORNADA DE TAMIZAJE DE PESO Y TALLA A LOS NIÑOS Y NIÑAS FALTANTES DE LOS COLEGIOS DE LA LOCALIDAD DE USME	BASE DE DATOS Y ACTA
5	LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE CONSIDEREN NECESARIAS PARA LA EJECUCION DEL PRESENTE CONVENIO	SE REALIZA APOYO A LOS PADRES DE FAMILIA PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	9433244473		
2022	3	2022	04	11			
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS							

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	COLFONDOS	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 160.000
SALUD		SALUD TOTAL		$ 125.000	$ 125.000
ARL	3	SURA		$ 24.400	$ 24.400
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 309.400	$ 309.400

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4,8842E+11

DIANA PAOLA ROBAYO GONZALEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
53.007.094
CC. NO. CONTRATISTA

LEIDY JOHANNACATAÑEDA CAMPOS
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

2021-02-12