

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2023-11-01	Hasta:	2023-11-30
Nombre del Contratista:	ANDREA CATERINE GARZON ALARCON		Número de Documento:	53012658
Correo Electrónico:	andrcagarzona@gmail.com		Número Telefónico:	3165316178
Nombre del Supervisor:	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	Cargo:	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4337-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	1026
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenecce:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	21	21729	\$4454445	111.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4454445	CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

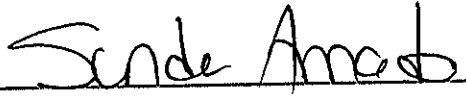
Fecha de Inicio del Contrato	2023-04-01			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2023-05-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2023-05-01	2023-07-31	1	\$ 3331791	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	\$ 3998268	2123
3	2023-08-01	2023-09-30	3	\$ 3998136	2454

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-09-01	2023-10-31	4	\$ 4650006	2827
5	2023-10-01	2023-11-30	5	\$ 3998136	3089
6	2023-11-01	2024-01-31	6	\$ 8452581	3518
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ABRIL		\$ 3998136	
2		MAYO		\$ 3998136	
3		JUNIO		\$ 3976407	
4		JULIO		\$ 4019865	
5		AGOSTO		\$ 3998136	
6		SEPTIEMBRE		\$ 4650006	
7		OCTUBRE		\$ 3998136	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 8662485		\$ 37091403		\$ 28638822	\$ 8452581
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo .	- Desarrollar las acciones establecidas en el producto primera infancia de acuerdo a los establecido en la meta para el mes		- formato sesiones colectivas, actas, formato de lavado de manos	
2	2. realizar la concertacion con las instituciones educativas a las que se socializo la iniciativa, el	- Para el mes a certificar, no se desarrolló esta acción.		- No aplica.	
3	3. realizar las intervenciones en el acompañamiento de la elaboracion de las huertas en las instituciones educativas, con enfoque ambiental.	- Para el producto durante el mes no se realiza esta actividad		- No aplica.	
4	4. presentar los logros obtenidos en las instituciones educativas intervenidas en la implementacion de las huertas, con enfoque ambiental.	- No se desarrolla acciones en este mes		- No aplica.	
5	5. realizar el seguimiento a las huertas creadas por las instituciones educativas, con enfoque ambiental.	- No se desarrollo esta actividad para este mes		- No aplica.	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. programar y desarrollar sesiones educativas en salud ambiental de acuerdo a la metodología y contenido temático del ciclo de formación educativa según el grado escolar, edades, cursos y características del desarrollo humano mediante la intervención.	- Las actividades desarrolladas se centraron en la temática de salud ambiental, cumpliendo la meta de 63 intervenciones, con jardines para el periodo certificado	- Formato de sesiones colectivas, formato de lavado de manos
7	7. fomentar hábitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educación en salud ambiental.	- Actividades desarrolladas en promover la Salud Ambiental en los escolares realizando 56 acciones con jardines para el periodo certificado	- Formato de sesiones colectivas
8	8. diligenciar los formatos de recolección de la información establecidos en el lineamiento y/o institucional.	- Diligenciar el formato de sesiones colectivas con la respectiva relatoria, resaltando las observaciones relevantes ocurridas en la sesión.	- Formato de sesiones colectivas
9	9. garantizar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la información recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	- Entrega de soportes para digitación de forma semanal para revisión por parte de la apoyo y posteriormente entregada a GESI.	- Entrega de formato de sesiones colectivas con relatorias y asistencia de la sesión realizada por la profesional.
10	10. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	- Entrega los días miércoles en carpeta de los formatos diligenciados en la semana con la correspondiente calidad.	- Formato de sesiones colectivas.
11	11. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	- La actividad no se desarrolló durante el mes certificado.	- No aplica.
12	12. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental.	- Entrega semanal de formatos para digitación de las acciones realizadas.	- Formato de sesiones colectivas
13	13. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	- Para el mes no se generó ningún inconveniente que interfiera en el cumplimiento de la meta mensual.	- No aplica soporte para esta actividad
14	14. las demás que sean concertadas con el supervisor del contrato según necesidad del pic.	- No se han generado demás actividades a las acordadas en la meta para el periodo certificado.	- No aplica soporte para esta actividad

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior \$ 3998136		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	72422093			
2023	OCTUBRE	2023	11	14				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEIS PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1599254	\$ 255881	\$ 255900
Salud					COMPENSAR		\$ 199907	\$ 200000
ARL				3	SURA		\$ 38958	\$ 39000
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 464136	\$ 494900
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	550004800425185	


 ANDREA CATERINE GARZON ALARCON
 53012658


 SANDRA PATRICIA AMADO REYES
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	53012653	ANDREA CATARSE GARZON ALARCON	caña 57 856-42 sur	601604454	andrea.catarsegarzon@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CURAD / MUNICIPIO
URCA	1-Indice-56203			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA MES AÑO)	TIPO PLANILLA	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
				ENTRADAS	UPO
PESOSOL ALIJO	PESOSOL PENSIONES			1	0
2023-10	2023-10	1	72422693	TOTAL A PAGAR	
				\$28 800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	HIT	Contacto ONG-Estado	UPD Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Valor Mora Coberturas	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor				
EPS009	COTRISAR EPS	650066942-7	200.000	0		0		0	0	0	200.000	1

TOTALES PENSION												
Código AEP	Nombre	HIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Substitución	Día Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
200201	Peñero	600224802-6	255 800	0	0	0	0	0	0		255 800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Recurso Sudo a Favor	Valor Sudo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	880903760-2	39.000				-39.000	0	0	39.000			390	39.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	HIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	820065542-7	32 000	0	0	32 000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Atributos
0	0	0	0	0
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				
TOTALES				

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PASAJES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	63012858	ANDREA CATERINE GARZON ALARCON	cafe 67 908-42 bar	6010684454	androned33099y2@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPO
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$526.600

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]

1 Modificación del contrato

2 Información general

3 Condiciones

4 Bienes y servicios

5 Documentos del Proveedor

6 Documentos del contrato

7 Información presupuestal

8 Ejecución del Contrato

9 Modificaciones del Contrato

10 Incumplimientos

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Sí No

Id de pago Número de factura Fecha de emisión Fecha de recepción Valor total de la factura Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ CUENTA ABRIL CTO 4337-2023.pdf	CUENTA ABRIL CTO 4337-2023.pdf	Proveedor Detalle
☐ CUENTA MAYO CTO 4337-2023 .pdf	CUENTA MAYO CTO 4337-2023 .pdf	Proveedor Detalle
☐ CUENTA JUNIO CTO 4337-2023 .pdf	CUENTA JUNIO CTO 4337-2023 .pdf	Proveedor Detalle
☐ CUENTA JULIO CTO 4337-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 4337-2023.pdf	Proveedor Detalle
☐ CUENTA AGOSTO CTO 4337-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 4337-2023.pdf	Proveedor Detalle
☐ CUENTA SEPTIEMBRE CTO 4337- 2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 4337- 2023.pdf	Proveedor Detalle
☐ CUENTA OCTUBRE CTO 4337- 2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 4337- 2023.pdf	Proveedor Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

LA DIRECCIÓN DE GOBIERNO, DERECHOS HUMANOS Y PAZ
CERTIFICA A:

ANDREA CATERINE GARZON ALARCON

C.C.: 53012658

por haber completado exitosamente el curso:

**LENGUAJE CLARO PARA SERVIDORES Y
COLABORADORES PÚBLICOS DE COLOMBIA**

23 de noviembre de 2023

Intensidad de 35 horas
en modalidad virtual