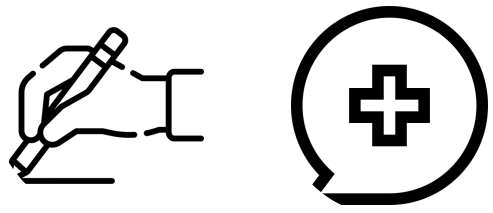
VER INFORME DE ACTIVIDAD



Regresar

DATOS DEL INFORME				
Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-03-01	**Hasta:**	2024-03-31
Nombre del Contratista:	JENNY PAOLA GARAY BOBADILLA		**Número de Documento:**	39806183
Correo Electrónico:	pao3376@hotmail.com		**Número telefónico:**	3203429393
Nombre del supervisor:	KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE	**Cargo:**	**No. Cto:**	

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1078-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	164
Perfil:	PROMOTOR DE BIENESTAR ESTUDIANTIL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS				
Centro de Costos	Rubro Presupuestal	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07PI390	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS MANUELA BELTRÁN	2471871	100.0%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**2471871**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UNPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2024-01-22		**Fecha de Terminación Inicial del Contrato**	2024-02-13
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-02-01	2024-06-14	1	9887484	612
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		ENERO		741561	
2		FEBRERO		2471871	
3		MARZO		2471871	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
1895101	**11782585**	**5685303**	**6097282**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el reporte de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico por el que atraviese la ciudad en el momento	-No se presenta evidencia para esta actividad	-No se presenta evidencia para esta actividad
2	2 Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico y activar la ruta de atención, incluyendo la RIA en situaciones críticas que afecten el bienestar de los estudiantes, articulándose con el equipo de la estrategia RIO P.	-No se presenta evidencia para esta actividad	-No se presenta evidencia para esta actividad
3	3.Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de brotes epidemiológicos en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio o su delegado.	-Se realiza actividades de promoción y prevención de enfermedades transmisibles	-Evidencias fotografico en el drive
4	4.Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategia de Promoción del Bienestar, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas con el (la) rector (a) del colegio o su delegado.	-SE realizan actividades ludicas y recreativas, fomentando la actividad de promoción y prevencion en los diferentes espacios del colegio	-Evidencias fotografico en el drive
5	5.Apoyar las campañas concertadas de tamizaje de talla y peso, y vacunación, que lleve a cabo la SDS en la IED asignada.	-No se presenta evidencia para esta actividad	-No se presenta evidencia para esta actividad
6	6. Participar en los procesos de capacitación que programe la SED, la Subred y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes.	-Se asiste a capacitación por parte de la SUBRED SUR	-Lista de asistencia
7	7.Apoyar al Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo-COPASST-y a la brigada escolar institucional en la actualización de los Planes Escolares de Gestión del Riesgo, emergencias y Cambio climático.	-No se presenta evidencia para esta actividad	-No se presenta evidencia para esta actividad
8	8.Actuar como primer respondiente en casos de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED en coordinación y colaboración con el primer respondiente del colegio.	-Se brinda apoyo como primer respondiente en los eventos que se presentan en la IED	-Lista de asistencia
9	9.Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED.	-Se realiza plan de trabajo mensual evidenciando las actividades realizadas	-Matriz de trabajo
10	10.Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED.	-Se realiza ingreso a aula virtual de la SED	-Evidencias fotografico en el drive
11	11.Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual, junto con evidencias de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitados para tal fin.	-Se realiza diligenciamiento de las herramientas pedagogicas	-Drive
12	12.Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes.	-Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demas gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred	-Lista de asistencia
13	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-No se presenta evidencia para esta actividad	-No se presenta evidencia para esta actividad

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		**Fecha de Pago**			**Número de Planilla**	**Factura Electrónica**	**Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior**	2471871
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9463858476	-		
2024	**FEBRERO**	**2024**	**03**	**18**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UNPESOS**						
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
Pensionado	NO	PORVENIR	1300000	201067	208000
Salud		FAMISANAR		157083	162500
ARL	3	SURA		30612	31700
Caja de Compensación	NO		**Total**	**388762**	402200
Documento Asociado		1711078605-SEGURIDAD F..pdf			

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	079385019

Copyright © Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 2024

Sistemas de la Información TICS

v3.1.1