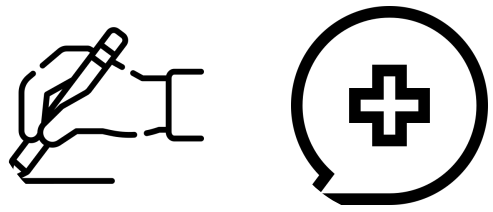
INFORMES DE ACTIVIDADES



regresar

DATOS DEL INFORME				
Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-04-01	**Hasta:**	2024-04-30
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 PIRATECA	**Carga:**	**No. Cto:**	

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1078-2024	**Año Contrato:**	2024	**Contrato Inicial CDP:**	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. prórroga	**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
4	ABRIL	2471871

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
1895101	**11782585**	**8157174**	**3625411**

	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 fotográficas 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 lúdicas y recreativas, fomentando la actividad de promoción y prevención en los diferentes espacios del colegio.	-Evidencias fotográficas en el drive.
5	5.Apoyar las campañas concertadas de tamizaje de talla y peso, y vacunación, que llevar 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 programan 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 una capacitación por parte de la SUBRED SUR	-Se asiste a una capacitación por parte de la SUBRED SUR
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 el 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 al aula virtual de la SED	-Evidencias fotográficas 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.	-Conducir
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 indicadas por la subred	-Lista de asistencia
13	13. Otras actividades propias del perfil que fortalecen el desarrollo de las actividades misionales.	-Apoyoyar en la campaña de toallas Nosotras	-ACTA

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	9465111716	-		
2024	MARZO	2024	04	18				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UNPESOS						
Artículo					Entidades Aportantes a la Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
pensionado	NO	PORVENIR	1300000	208000	208000
Salud		FAMISANAR		162500	162500
ARL	3	SURA		31668	31700
Caja de Compensación	NO		**Total**	**402168**	402200
Documento Asociado		1714090109-SEGURIDAD (2).pdf			

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	**Tipo de cuenta**	AHORRO	**Numero de Cuenta**	079385019

Copyright © Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 2024

Sistemas de Información TICS

v3.1.1