Utilidades Administrativas Utilidades Asistenciales

VER INFORME DE ACTIVIDAD

Regresar

DATOS DEL INFORME				
Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-04-01	**Hasta:**	2024-04-30
Nombre del Contratista:	NANCI BIVIANA ARANGO HERNANDEZ		**Número de Documento:**	1022950760
Correo Electrónico:	arangonancy39@gmail.com		**Número telefónico:**	3116545383
Nombre del supervisor:	KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE	**Cargo:**	**No. Cto:**	

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1098-2024	**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
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 realizo charla sobre promoción y prevención en este caso fue de Sarampión, se enfoca en la población a estudiantil a tomar medidas para evitar la propagación del virus .	-Evidencia Fotográfica Formato de firmas

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 realizaran charlas de temas diferentes y se abordaron las diferentes lineas pedagógicas los cuales fueron de actividad física, movilidad segura, prevención de accidentes y alimentación saludable durante todo el mes, enfocando a la población a llevar una mejor vida saludable.	-Evidencia fotográfica Formato de firmas
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 capacitaciones 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 a participado al comité por que están en la conformación de los integrantes y el señor rector informo que la primera reunión se llevara acabo en el mes de mayo.	-Acta
8	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 a participado al comité por que están en la conformación de los integrantes y el señor rector informo que la primera reunión se llevara acabo en el mes de mayo.	-Acta
9	9.Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED.	-Se realiza plan de trabajo mensual evidenciando las actividades programadas	-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 la plataforma del aula virtual SED	-Calificación plataforma
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.	-Diligenciamiento de las diferentes herramientas pedagógicas y matrices	-Drive
12	12.Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes.	-Reunión con el equipo del convenio para entrega de informes	-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**	1062959855	-		
2024	**MARZO**	**2024**	**04**	**12**				
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**
Pensionado	NO	PORVENIR	1300000	208000	**208000**
Salud		FAMISANAR		162500	**162500**
ARL	3	SURA		31668	**31700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**402168**	**402200**
Documento Asociado		**1714081910-PAPELES ABRIL.pdf**			

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	437323694

Copyright © Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 2024
Sistemas de la Información TICS
v3.1.1