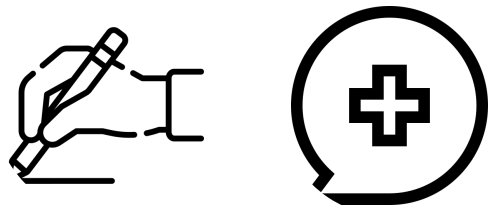
VER INFORME DE ACTIVIDAD



Regresar

DATOS DEL INFORME				
Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-05-01	**Hasta:**	2024-05-31
Nombre del Contratista:	ANA YADIRA SIPAGAUTA CASTELLANOS		**Número de Documento:**	1022926631
Correo Electrónico:	yadi-1986@hotmail.com		**Número telefónico:**	3214032125
Nombre del supervisor:	KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE	**Cargo:**	**No. Cto:**	

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1057-2024	**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 la actividad	--No se presenta evidencia para la 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 la actividad	--No se presenta evidencia para la 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 pedagógicas frente a la prevención de enfermedad diarreica aguda (EDA),síntomas,contagio y los diferentes cuidados.	-Registro fotográfico
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.	-Acciones pedagógicas de bienestar estudiantil enfocadas en actividad fisíca , prevención de accidentes, alimentación saludable, movilidad segura.	-Registro fotográfico
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 la actividad	-No se presenta evidencia para la 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.	-Asistencia a las diferentes actividades programadas por la SUBRED SUR.	-Listado de asistencia por parte del equipo territorial
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.	-Apoyo durante las reuniones que se lleven a cabo por parte de la IED y el equipo de gestión del riesgo.	-Acta
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.	-Atención como apoyo a primer respondiente atendiendo los diferentes casos de accidentes escolares con acompañamiento del primer respondiente de la IED.	-Acta
9	9.Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED.	-Diligenciamiento de herramientas pedagógicas	-Diligenciamiento de herramientas pedagógicas
10	10.Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED.	-Diligenciamiento de drive y de plataforma de aula virtual de la SED	-Diligenciamiento de drive y de plataforma de aula virtual de la SED
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.	-Asistencia a reunión por parte del equipo base del convenio para entrega de informes	-Listado de asistencia por parte del equipo territorial.
12	12.Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes.	-Asistencia a las diferentes actividades programadas por la SUBRED SUR y se da cumplimiento a las directrices dadas y orientadas.	-Listado de asistencia por parte del equipo territorial.
13	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Apoyo a las diferentes situaciones que se presentan en el colegio, ya sea por factores emocionales que afectan a los estudiantes y por diferentes situaciones de convivencia de los mismos.	-acompañamiento en sus procesos

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**	1063635350	-		
2024	**ABRIL**	**2024**	**05**	**14**				
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	208000	208000
Salud		COMPENSAR		162500	162500
ARL	3	SURA		31668	31700
Caja de Compensación	NO		**Total**	**402168**	402200
Documento Asociado		1716668107 - Planilla Seguridad Social - 1022926631			

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	008300795443

Copyright © Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 2024

Sistemas de la Información TICS

v3.1.1