Utilidades Administrativas Utilidades Asistenciales

VER INFORME DE ACTIVIDAD

Regresar

DATOS DEL INFORME				
Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-05-01	**Hasta:**	2024-05-31
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
5	MAYO	2471871

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
1895101	**11782585**	**10629045**	**1153540**

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 EDA, se enfoca en la población estudiantil a tomar medidas para evitar la propagación.	-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 realizan charlas de temas diferentes y se abordaron las diferentes lineas pedagogías las 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 en el comité de coopast, ya que no han convocado la primera reunión los integrantes del comité, el rector quedo de hacerla el 9 de mayo del presente año quedo registrada en acta, pero no fue posible por los integrantes.	-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 en el comité de coopast, ya que no han convocado la primera reunión los integrantes del comité, el rector quedo de hacerla el 9 de mayo del presente año quedo registrada en acta, pero no fue posible por los integrantes.	-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**	1063681675	-		
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**
Pensionado	NO	PORVENIR		208000	**208000**
Salud		FAMISANAR	1300000	162500	**162500**
ARL	3	SURA		31668	**31700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**402168**	**402200**
Documento Asociado		**1716653904 - Planilla Seguridad Social - 1022950760**			

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