| **1. DATOS DEL CONTRATISTA** | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | **MARIA ALEXANDRA MEDINA GIL** | | |
| **Objeto:** | Prestar servicios de apoyo, acompañamiento y seguimiento presencial a estudiantes con discapacidad que requieran apoyo en los componentes de autocuidado, higiene menor, alimentación y movilidad en las Instituciones Educativas Distritales asignadas y donde se requiera el apoyo, con el fin de promover su participación, bienestar, e independencia durante su permanencia en el sistema educativo, en el marco del sistema de apoyos de la inclusión y equidad en la educación con enfoque diferencial. | | |
| **Valor del Contrato:** | El valor del contrato es de **DIECIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE**. **($18.846.000**). | | |
| **Forma de Pago:** | 1. Un primer pago proporcional sobre la base de **DOS MILLONES NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($2.094.000),** por los días ejecutados desde la suscripción del acta de inicio del contrato hasta el último día del respectivo mes, si a ello hubiere lugar. 2. Pagos mensuales iguales por el valor de **DOS MILLONES NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($2.094.000)** o proporcional sobre la base del valor referido, si a ello hubiere lugar por la prestación efectiva del servicio. 3. Un pago final proporcional sobre la base de **DOS MILLONES NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($2.094.000)** por los días ejecutados durante el último mes de ejecución del contrato, si a ello hubiere lugar.<br>Los pagos correspondientes a los meses de junio y julio se realizarán de acuerdo con lo previsto en el parágrafo único del literal "b. PLAZO DE EJECUCIÓN" de estos estudios previos. Cada pago requiere previa presentación del Informe de actividades por parte del contratista y de la certificación y/o aprobación del supervisor, el comprobante de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social y Riesgos Laborales en el porcentaje establecido en el marco normativo vigente, presentación del formato exigido por la Dirección Financiera debidamente diligenciado y la factura o documento equivalente, cuando aplique.<br>**Nota:** En atención a la *"Ley de pagos a plazos justos"*, el plazo de pago a contratistas será máximo de treinta (30) días calendario luego de recibido el bien o servicio que determine la cláusula contractual, siempre y cuando se cuente con el recibo a satisfacción por parte del supervisor o interventor y con el cumplimiento de todos los demás requisitos que correspondan a cargo del contratista. | | |
| **Plazo:** | El plazo del contrato será de **nueve (9) meses,** contados a partir del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, sin superar el 29 de noviembre de 2024. | | |
| **Modificaciones:** | **Suspensión No. 1:**<br>Se realiza la suspensión del contrato a partir del lunes 17 de junio de 2024, teniendo en cuenta el periodo de vacaciones de mitad de año, de acuerdo al calendario escolar para la vigencia 2024. Se realiza la presente suspensión, señalando que el reinicio a las actividades contractuales se estableció para el 8 de julio del presente año. | | |
| **Fecha de Inicio:** | **05/02/2024** | **Fecha de Terminación:** | **04/11/2024** |
| **Dependencia:** | **Dirección de Inclusión e Integración de Poblaciones - DIIP** | | |
| **Supervisor - Cargo:** | **ÉRIKA JOHANNA SÁNCHEZ CASALLAS– Directora de la Dirección de Inclusión e Integración de Poblaciones.** | | |

| **2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO** | | |
|---|---|---|
| **Obligación Contractual** | **Actividades realizadas** | **Evidencia Verificable** |
| 1. Asistir de manera presencial a las instituciones educativas distritales asignadas y en las que se requiera, para brindar apoyo a los estudiantes con discapacidad en lo relacionado con los componentes de autocuidado, higiene menor, alimentación y movilidad durante los periodos lectivos establecidos en el artículo 2 de la Resolución 3947 de 2023 de la SED o la que la subrogue, derogue o modifique. | 1.1 Para el periodo comprendido entre el 08 al 30 de julio de 2024, realicé actividades de apoyo, acompañamiento y supervisión de forma presencial a cuatro (04), estudiantes con discapacidad del colegio Gran Yomasa, jornada mañana, sede única, localidad Usme, las cuales se soportan con la carta emitida por la institución Educativa. | 1.1.1_CARTA_CERTIFICACION_PRESTACION_SERVICIO_JULIO_2024 |
| 2. Aplicar el instrumento de “Reconocimiento de condiciones y apoyos” en cuatro momentos: 1. reconocimiento inicial (inicio del calendario escolar) 2. seguimiento (terminación de receso escolar en julio) 3. cierre (finalización del año escolar) 4. Cuando ingresen estudiantes con discapacidad en cualquier momento del año, los cuales deben ser asignados por las/los docentes de apoyo pedagógico cumpliendo con los criterios para los componentes de autocuidado, higiene menor, alimentación y movilidad, estos deberán anexarse a la historia escolar de cada estudiante. | 2.1 Para el periodo comprendido entre el 8 y el 30 de julio se aplicó el formato de valoración y reconocimiento de condiciones, con los estudiantes que lo requieran. | 2.1.1_FORMATO_RECONOCIMIENTO_CONDICIONES_APOYOS<br>2.1.2_FORMATO_RECONOCIMIENTO_CONDICIONES_APOYOS<br>2.1.3_FORMATO_RECONOCIMIENTO_CONDICIONES_APOYOS<br>2.1.4_FORMATO_RECONOCIMIENTO_CONDICIONES_APOYOS |
| 3. Presentar la actualización mensual de la base de datos de estudiantes con discapacidad asignados, de acuerdo con las indicaciones dadas por la Dirección de Inclusión e integración de Poblaciones. | 3.1 Diligencié formato base de registro de estudiantes atendidos durante el mes de julio del 08 al 30 de 2024, de cuatro (4) estudiantes con discapacidad del colegio Gran Yomasa jornada mañana, sede única, localidad Usme. | 3.1.1_BASE_REGISTRO_ESTUDIANTES_ATENDIDOS_072024. |
| 4. Participar de manera presencial y/o virtual a las reuniones, talleres, jornadas de cualificación y pedagógicas a las que sea convocado tanto por la IED asignada y/o por la Dirección | Para el mes de julio 2024, no se realizaron reuniones, relacionadas con la obligación contractual. | Para esta obligación no hay evidencia en el mes de julio 2024 |

| **2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO** | | |
|---|---|---|
| **Obligación Contractual** | **Actividades realizadas** | **Evidencia Verificable** |
| de Inclusión e Integración de Poblaciones. | | |
| 5. Informar con antelación a la IED asignada y a la Dirección de inclusión e Integración de poblaciones, las situaciones particulares que impidan el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales, presentando los respectivos soportes, a fin de que se realicen las gestiones administrativas necesarias para garantizar el servicio. Así mismo, informar a la Dirección de Inclusión e Integración de Poblaciones, la inasistencia de los estudiantes con discapacidad asignados. | Durante el mes de julio de 2024, no se presentaron situaciones que impidieran el cumplimiento del objeto contractual. Por otro lado, no reportó de manera activa las inasistencias de los estudiantes a la IED. | Esta obligación contractual no se evidenció para el mes de julio, puesto que no se presentaron situaciones particulares que impidieran el cumplimiento del objeto contractual.<br><br>Para esta obligación no hay evidencias para el mes de julio 2024 |
| 6. Presentar al supervisor los informes mensuales de ejecución en los cuales se evidencien las actividades realizadas del mes donde se prestó el apoyo. Así mismo se debe anexar las planillas de seguridad social. | 6.1 Elaboré y entregué informe mensual de actividades No. 06, correspondiente al mes de julio de 2024.<br><br>6.2 Adjunté el recibo de pago de aportes a la seguridad social correspondiente al mes de junio de 2024. | 6.1.1_INFORME_ACTIVIDADES_NO_06_JULIO_2024<br><br>6.2.1_PLANILLA_PAGO_SEGURIDAD_SOCIAL_JUNIO_2024 |
| 7. Al momento de terminar la ejecución del contrato por vencimiento del plazo o de forma anticipada, realizar la entrega de un informe final que dé cuenta de las acciones realizadas en los procesos de movilidad, higiene, alimentación y autocuidado con los estudiantes asignados. Así mismo, hacer entrega de los archivos, documentos, instrumentos de seguimiento de los estudiantes; inventarios y demás requisitos a fin de encontrarse a paz y salvo con la IED. De otra parte, deberá hacer entrega del pago al Sistema de Seguridad Social Integral, del mes en que se termina el contrato | Para el mes de julio 2024, no se realizaron actividades relacionadas con la obligación contractual, dado que el contrato se encuentra en ejecución. | Para esta obligación contractual no se tiene evidencia para el mes de julio de 2024, ya que el contrato se encuentra en ejecución. |

| **2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO** | | |
|---|---|---|
| **Obligación Contractual** | **Actividades realizadas** | **Evidencia Verificable** |
| y del mes inmediatamente anterior. | | |
| 8. Cumplir con los protocolos de bioseguridad establecidos por la dirección de Inclusión e Integración de poblaciones, para el apoyo de los estudiantes con discapacidad asignados en todo lo que corresponde a portar uniforme, cabello recogido, uñas cortas y sin esmalte. | 8.1 Para el mes de julio de 2024, se cumplieron e implementaron con todos los protocolos de bioseguridad establecidos por la DIIP-SED y la IED, para realizar el apoyo de los estudiantes con discapacidad asignados | 8.1.1_30072024_AYUDA_MEMORIA_PROTOCOLOS |
| 9. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato, siendo concordantes con su objeto contractual. | 9.1 Durante el periodo del 08 al 30 de julio 2024, realicé actividades de apoyo de manera presencial, donde se soportan en el formato Excel de evidencias diarias y llamadas telefónicas a los estudiantes con discapacidad del colegio Gran Yomasa, jornada mañana de, sede Única, localidad Usme. | 9.1.1_FORMATO_MENSUAL_DE_ACTIVIDADES_LLAMADAS_072024.<br>9.1.2_FORMATO_DE SUSPENSION_REINICIO_DE_ACTIVIDADES |

| **3. RELACIÓN DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **ITEM** | **PERÍODO PAGO** (mm/aaaa) | **FECHA DE PAGO** (dd/mm/aaaa) | **VALOR APORTADO** (Sobre el 40% del ingreso mensual) no debe ser inferior a un SMLV | **ENTIDAD** |
| **SALUD** | 06/2024 | 07/06/2024 | $ 162.500 | **SALUD TOTAL** |
| **PENSIÓN** | 06/2024 | 07/06/2024 | $ 208.000 | **COLPENSIONES** |
| **ARL** | 06/2024 | 07/06/2024 | $ 6.800 | **ARL – SURA** |

| **4. ESTADO RADICACIÓN DE LA CORRESPONDENCIA** |
|---|
| **NO APLICA** |
| **5. INGRESO A ALMACEN** |
| **NO APLICA** |
| **6. DECLARACIÓN ESPECIAL** |
| El contratista declara que toda la información relacionada en el presente informe corresponde fidedignamente a todas las actividades ejecutadas dentro del respectivo periodo, así como los pagos efectuados en el marco del Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSSI. Esta declaración se realiza bajo la responsabilidad del contratista.<br><br>La supervisión verificó el cumplimiento de las actividades a cargo del contratista, en virtud de lo cual se establece la procedencia de la autorización del pago No**. 06,** el cual corresponde a **$1,605,400** m/cte. A la fecha el porcentaje de ejecución es: **57%.**<br><br>Fecha de elaboración: **01/08/2024** |