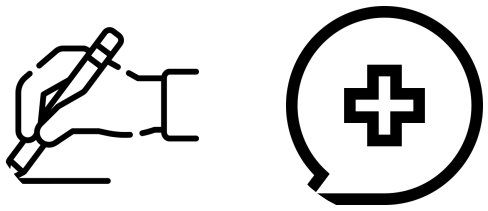
CONTRATACIÓN



Regresar

DATOS DEL INFORME				
Periodo para certificar:	**Desde:**	01-09-2024	**Hasta pronto:**	30 de septiembre de 2024
Nombre del Contratista:	JENNY PAOLA GARAY BOBADILLA		**Número de documento:**	39806183
Correo Electrónico:	pao3376@hotmail.com		**Número telefónico:**	3203429393
Nombre del supervisor:	-	**Carga:**		

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	6443-2024	**Año del contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2129
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	Procedimento(%) Centro de Costos
V07VAN372	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS CANDELARIA LA NUEVA	2585577	100.0%
VALOR DEL SERVICIO PRESTADO MISMO:	**2585577**	**DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETEPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de inicio del contrato		23 de agosto de 2024		**Fecha de Terminación Inicial del Contrato**	30 de septiembre de 2024
No. Prórroga	**Fecha de inicio**	**Fecha de terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	01-09-2024	31 de octubre de 2024	1	2585577	2439
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mi cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		AGOSTO		689487	
2		SEPTIEMBRE		2585577	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
3361250	**5946827**	**3275064**	**2671763**

	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 seguimiento de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico en articulación con el equipo ERI de la Subred.	-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 según recomendación del grupo ERI de la Subred.	-No se presenta evidencia para esta actividad.	-No se presenta evidencia para esta actividad.
3	3. Adelantar horas pedagógicas dos (2) diarias con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de enfermedades transmisibles en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio o su delegado.	-e realiza actividades lúdico pedagógicas con énfasis en prevención de enfermedades transmisibles para mitigar el riesgo de contagio en la institución.	-videncia fotográfica en el drive
4	4. Actuar como apoyo ante situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED.	--No se presenta evidencia para esta actividad.	--No se presenta evidencia para esta actividad.
5	5. Adelantar acciones pedagógicas cuatro (4) diarias para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE (alimentación saludable, actividad física, accidentalidad escolar y segura) 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 realiza actividad lúdica recreativa fomentando la promoción de estilos de vida saludables en los diferentes espacios del colegio.	-Evidencia fotográfica en drive.
6	6. Apoyar las campañas concertadas que lleven a cabo la SDS en la IED asignada.	-sistencia a capacitaciones programadas	--listado de asistencia
	escolares y convivencia escolar, cuando sean convocados	actividad.	. actividad.
8	8. Apoyar al Comité de gestión de riesgo y emergencias escolares, ya 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.
9	9. Actuar como apoyo al 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 IDE	-Lista de asistencia
10	10. Realizar el reporte diario de seis (6) actividades realizadas en el IED. Tenga en cuenta la zona rural de las localidades de operación, donde se podrá disminuir el número de actividades.	--se realiza plan de trabajo mensual evidenciando las actividades realizadas	-Matriz de trabajo
11	11. Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED.	-Se realiza ingreso al aula virtual del CED	-Evidencia fotográfica en el drive.
12	12. 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. (revisar formato establecido)	-Se realiza diligenciamiento de las herramientas pedagógicas.	-formato establecido
13	13. Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicadas por la subred.	-Asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicadas por la subred.	-Lista de asistencia
14	14. Otras actividades propias del perfil que fortalecen 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	689487
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9473648995	-		
2024	AGOSTO	2024	09	19				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETEPESOS						

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
Artículo		**Entidades Aportantes a la Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor mínimo de los aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado	NO	PORVENIR	1300000	208000	62400
Salud		FAMISANAR		162500	48800
ARL	3	SURA		31668	9600
Caja de Compensación	NO		**Total**	**402168**	120800
Documento asociado		1727213794 - Planilla Seguridad Social - 39806183			

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	**Tipo de cuenta**	AHORROS	**Número de cuenta**	079385019

Copyright © Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 2024

Sistemas de Información TICS

Versión: 3.2.3

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39806183		GARAY BOBADILLA JENNY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 77X No.51A 20SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4547858	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	45310887	9474973344	I	2024/10/21	2024/10/21	BANCO DE OCCIDENTE	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	39806183	GARAY JENNY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39806183		GARAY BOBADILLA JENNY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 77X No.51A 20SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4547858	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	45310887	9474973344	I	2024/10/21	2024/10/21	BANCO DE OCCIDENTE	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200