# CONTRATO No. 0553 – 2025
# INFORME No. 2
# PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 13 DE FEBRERO Y EL 28 DE FEBRERO DEL 2025

**NOMBRE DEL CONTRATISTA YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE**
**SUPERVISOR DEL CONTRATO: ELIZABETH DIAZ MENDIVELSO**
**PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 219, GRADO 05**

| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATUAL | | | |
|---|---|---|---|
| **No.** | **OBLIGACIONES CONTRACTUALES** | **ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS** | **SOPORTES (Describa las evidencias de las actividades realizadas y sitio de conservación de la información)** |
| 1 | Realizar el seguimiento, direccionamiento, evaluación y mejoramiento de las actividades desarrolladas por el equipo de los (as) auxiliares de enfermería | Se realizan visitas a las unidades, donde verificamos las acciones del personal auxiliar encargado de la unidad, revisando el cumplimiento de las obligaciones de los contratos. | PDF. Actas de visitas |
| 2 | Proyectar y brindar insumos en la elaboración y presentación oportuna de los informes que le sean solicitados por el componente de salud. | Por este mes no se apoyó esta actividad por los tiempos. | No se cuenta con evidencia |
| 3 | Participar en los comités y reuniones que sean asignados por el componente de salud. | Se participó en los comités, mesas internas y externas y reuniones que se asignados por componente de salud | PDF. Actas |
| 4 | Realizar el seguimiento y la verificación al cumplimiento de la normatividad según manuales, procedimientos, instructivos, documentos internos y formatos vigentes que garanticen una atención segura a los (as) NNAJ del IDIPRON | Por este mes no se apoyó esta actividad por los tiempos. | No se cuenta con evidencia |
| 5 | Informar y apoyar oportunamente las novedades que se presenten en el desarrollo de las actividades programadas en el componente de salud. | Por este mes no se apoyó esta actividad por los tiempos. | No se cuenta con evidencia |
| 6 | Realizar el apoyo, seguimiento y verificación de la recepción y control del inventario de los equipos, elementos y bienes devolutivos, de consumo, consumo controlado(medicamentos) necesarios para el desarrollo de las actividades que se realizan en las Unidades de Protección Integral. | Por este mes no se apoyó esta actividad por los tiempos. | No se cuenta con evidencia |
| 7 | Revisión y verificación de los registros en el Sistema Información Misional (SIMI), informes de actividades realizados por los(as) auxiliares de enfermería | Por este mes no se apoyó esta actividad por los tiempos. | No se cuenta con evidencia |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | y apoyar la recepción, organización y custodia del archivo misional y documental a su cargo, acorde al procedimiento institución | | |
| 8 | Las demás actividades inherentes al objeto del contrato que sean asignadas por el supervisor donde se requiere el servicio. " | Por este mes no se apoyó esta actividad por los tiempos. | No se cuenta con evidencia |

*** Incluir todas las filas que se requieran**

**Nota: El supervisor del contrato entiende que con la Aceptación del presente formato resulta improcedente aplicar el incumplimiento que trata el artículo 86 de la ley 1474 de 2011 y demás que le modifiquen, en relación con las actividades aquí detalladas.**

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO**

El Interventor o Supervisor hace constar que las obligaciones se cumplieron conforme a lo estipulado en el contrato, y que se adoptaron las observaciones y recomendaciones realizadas. Así mismo certifico que el contratista cumplió con los requisitos de Ley referentes a los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan Comprobantes de pago.

| APORTES | Valor Cotizado | Periodo cotizado |
|---|---|---|
| **SALUD** | $0 | **Febrero** |
| **PENSIÓN** | $0 | **Febrero** |
| **ARP** | $0 | **Febrero** |

**FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 28 de febrero del 2025**

| | |
|---|---|
| | |
| **Supervisor**<br>**ELIZABETH DIAZ**<br>**MENDIVELSO PROFESIONAL UNIVERSITARIO**<br>**CÓDIGO 219, GRADO 05** | **YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE**<br>**CC. No 1118806734** |

Nombre apoyo a la Supervisión: N/A
Cargo: N/A
Vo Bo Apoyo a la supervisión N/A

VoBo Líder Salud: PABLO MATALLANA Cto Componente de Salud
Anexo:
*Certificación e información para pago expedida por el Supervisor.
*Certificación Pagos Seguridad Social
*Certificación de descuento.

**NOTA:**

**ESTE FORMATO CONTIENE LA INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS O TRÁMITES PARA LOS CUALES SE HA ESTABLECIDO, NO SE PUEDE ELIMINAR NI PARCIAL NI TOTALMENTE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA; SÍ ALGÚN ESPACIO NO APLICA ESCRIBIR QUE N/A; AL DILIGENCIAR LAS CASILLAS NO DEBEN QUEDAR ESPACIOS EN BLANCO. EL ESPACIO DE LAS FIRMAS HACE PARTE INTEGRAL DEL FORMATO, RAZÓN POR LA CUAL NO DEBE QUEDAR EN UNA HOJA SEPARADA. LOS ESPACIOS MARCADOS CON GRIS DEBEN SER DILIGENCIADOS Y REMPLAZADOS EN TODO EL DOCUMENTO.**