 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL <small>Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud</small>	GESTIÓN CONTRACTUAL		CÓDIGO de J	A-GCO-FT-006
			VERSIÓN	16
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA PARA PAGOS		PÁGINA	1 DE 1
			VIGENTE DESDE	07/12/2022

1. IDENTIFICACIÓN								
CONTRATO DE:	PRESTAR SERVICIOS			No.	2024-2575			
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA CON AUTONOMIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PARA DETERMINAR CUALQUIER ALTERACIÓN QUE AFECTE LOS COMPONENTES DEL DESEMPEÑO DE LAS Y LOS NNAJ VINCULADOS AL IDIPRON.							
CONTRATISTA	PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA			CÉDULA O NIT	1.013.671.889			
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN <small>(tenga en cuenta prórrogas y suspensiones)</small>			CÓDIGO ACTIVIDAD	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	RUT	RIT
	24	OCTUBRE	2024	23	ENERO	2025	8299	8299
RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR	<input checked="" type="checkbox"/> NO RESPONSABLE DE IVA		<input type="checkbox"/> RESPONSABLE DE IVA		<input type="checkbox"/> OTRO			
	<input type="checkbox"/> GRAN CONTRIBUYENTE		<input type="checkbox"/> AUTORRETENEDOR		<input type="checkbox"/> N/A			

2. DATOS PARA EL PAGO								
			CONTRATO			ADICIÓN (Si la hubiere)		ADICIÓN (Si la hubiere)
VALOR TOTAL	\$	\$ 10.124.259						
IVA TOTAL INCLUIDO	N/A			N/A				
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO	2024004076	FECHA	23/10/24	NUMERO:			NUMERO:
RUBRO PRESUPUESTAL	6230117410220240037							
CONCEPTO DEL RUBRO	Prevención, atención y protección integral a niñez, adolescencia y juventud en formas de exclusión extrema asociados al fenómeno de habitabilidad en calle Bogotá D.C.							
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	\$	\$ 1.574.885						
NÚMERO DEL PAGO	4-ÚLTIMO PAGO			PERIODO DEL PAGO:	ENERO 1 AL 14 DE 2025			
VALOR CONTRATO EJECUTADO	\$	9.111.833			PAC PROGRAMADO PARA:	FEBRERO		
SALDO DEL CONTRATO	1.012.426			VALOR:	\$	1.574.885		
FACTURAS No.								
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.	<input type="checkbox"/> SÍ		<input type="checkbox"/> ANEXA CERTIFICACIÓN		TIENE EMPLEADOS A CARGO			
	<input checked="" type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ANEXA CERTIFICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> NO			
FORMA DE PAGO	El valor del presente contrato, se cancelará en periodos fijos, mensualidades vencidas, o proporcional al tiempo de servicio prestado en el mes, con corte al día 30 de cada mes; valor que se pagará dentro de los 10 días hábiles siguientes al corte del mes, los cuales serán contados a partir de la radicación en el área de contabilidad. El valor mensual es la suma de: TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS MCTE (\$3374753), la cual se hará efectiva previa presentación del informe de actividades del periodo correspondiente, certificación para pago, de supervisión e interventoría expedida por el supervisor del contrato y acreditación del pago de aporte al SGSS para el régimen contributivo.							

3. DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO			
NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	VALOR
023011741022024003702052	Prevención, atención y protección integr - Servicio de protección integral a niños, niñas, adolescentes y jóvenes	78,36%	1.234.080
023011741022024003706045	Prevención, atención y protección integr - Servicios de educación informal a niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el reconocimiento de sus derechos	19,30%	303.953
023011741022024003707038	Prevención, atención y protección integr - Servicio dirigidos a la atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con enfoque pedagógico y restaurativo encaminados a la inclusión social	2,34%	36.852
TOTAL		100,0%	1.574.885

4. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO			
CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
6307755-1	4702 01	Personal Gerencia Operativa	\$ 1.574.885

* EN CASO DE REQUERIR MÁS FILAS PARA RUBROS PRESUPUESTALES Y SU VALOR, AL IGUAL QUE DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO SE PUEDE AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITE
 ** EN CASO DE REQUERIR MÁS COLUMNAS PARA LA SECCIÓN DE ADICIONES, SE PUEDEN AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITEN; DIVIDIENDO LA COLUMNA "ADICIÓN" LAS VECES QUE SEAN NECESARIAS

5. DETALLE DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS PARA DISMINUCIÓN DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)							
PENSIÓN		SALUD		ARL: (Valor)	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
PORVENIR	216.000	FAMISANAR	168.800	32.900	Sí: ___ No: ___X_		

Certifico que el contratista en mención, cumplió a cabalidad con el objeto del contrato en los términos pactados con el IDIPRON para el periodo relacionado, en el que se verificó que el contratista se encuentra al día en los pagos de Aportes al Sistema de Seguridad Social y/o Parafiscales. El informe y los documentos soportes se radicarán en la Gerencia de Contratación quien será la responsable de su custodia. En consecuencia se puede tramitar el pago correspondiente.

Expedido en Bogotá D.C, el día 3 del mes de FEBRERO del año 2025

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO				APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)			
FIRMA				FIRMA			
NOMBRE: LORENA CECILIA ILLIDGE BENJUMEA				NOMBRE:			
C.C.: 40922911		TELF: 3100411		C.C.:		TELF:	
CARGO: GERENTE OPERATIVA CÓDIGO 039 GRADO 01				CARGO O No. DE CONTRATO:			

Nº 01.15/09/2021

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013671889	PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA		Cra 61 H N 52-49 sur Apto 101	9354117	paula16sf31@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	17/01/2025	83056916	\$417.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	168.800	0		0		0	0	0	0	168.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	216.000	0	0	0	0	0	0	0	216.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	32.900				32.900	0	0	32.900			329	32.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	168.800	168.800
Pensión	1	216.000	216.000
Riesgos Laborales	1	32.900	32.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	417.700	417.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013671889	PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA		Cra 61 H N 52-49 sur Apto 101	9354117	paula16sf31@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12					\$417.700	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1013671889	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CAMILA	59	0			N																	230301	1.349.902	216.000	0	0	0	0	EPS017	1.349.902	168.800	14-23	1.349.902	3	32.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013671889	PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA		Cra 61 H N 52-49 sur Apto 101	9354117	paula16sf31@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	02/01/2025	83058974	\$205.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	83.100	0		0		0	0	0	0	83.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	106.300	0	0	0	0	0	0	0	106.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	16.200				16.200	0	0	16.200			162	16.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA


Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	83.100	83.100
Pensión	1	106.300	106.300
Riesgos Laborales	1	16.200	16.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	205.600	205.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013671889	PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA		Cra 61 H N 52-49 sur Apto 101	9354117	paula16sf31@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-01	2025-01	\$205.600				

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1013671889	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CAMILA	59	0	N			X																230301	664.300	106.300	0	0	0	0	EPS017	664.300	83.100	14-23	664.300	3	16.200		0	0	0	0	0	0	0	0


PAGADA

	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-002
		VERSIÓN	08
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO	PÁGINA	1 de 4
		VIGENTE DESDE	04/10/2022


CONTRATO No. 2575/2024
INFORME No. 4
PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 AL 14 DE ENERO 2025

NOMBRE DEL CONTRATISTA: PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA
SUPERVISORA DEL CONTRATO: LORENA CECILIA ILLIDGE BENJUMEA


DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL			
No	OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS	SOPORTES (Describe las evidencias de las actividades realizadas y sitio de conservación de la información)
1	<p>1. Desarrollar los procesos de valoración individual o colectivos, que permitan identificar en cada NNAJ, habilidades, capacidades, gustos, intereses, perfilar ocupacionalmente a adolescentes y jóvenes y demás información que aporte a los procesos de intervención del instituto, en articulación con los componentes de servicio y contextos institucionales y en virtud de los requerimientos señalados en los instrumentos de evaluación establecidos por el componente.</p>	<p>1.1 En cumplimiento de la presente obligación se realizaron las valoraciones de los AJ en las unidades de protección integral UPI la 32 y UPI Conservatorio, tal y como se señala a continuación:</p> <p>Se realizó el diligenciamiento de los siguientes formatos:</p> <p>VALORACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS E INTERESES OCUPACIONALES M-PSS-FT-027.</p> <p>VALORACIÓN TERAPIA OCUPACIONAL ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA M-PSS-FT-033.</p> <p>CUESTIONARIO DE GUSTOS, INTERESES Y HABILIDADES OCUPACIONALES M-PSS-FT-002.</p> <p>PERFIL VOCACIONAL FORMACION TECNICA M-MED-FT-037.</p> <p>Por medio de los instrumentos mencionados anteriormente, se registró información correspondiente de cada uno de los beneficiarios(as) de acuerdo con la valoración realizada. En el formato CONTROL DE ATENCIONES, ACCIONES Y-O SEGUIMIENTOS M-PSS-FT-078 VERSIÓN 9 se evidencia la actividad y/o acción realizada.</p>	<p>Anexo 1.1 CONTROL ATENCIONES UPI LA 32 ENERO</p> <p>Anexo 1.2 ACTA SOCIALIZACION UPI LA 32 13 01 25</p> <p>Las evidencias acá relacionadas se encuentran cargadas y reposan en la carpeta de evidencias del mes de enero en SECOP II y en la carpeta en DRIVE de Terapia Ocupacional.</p>

	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-002
		VERSIÓN	08
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO	PÁGINA	2 de 4
		VIGENTE DESDE	04/10/2022

		1.2 En el marco del proceso se participó de la reunión de socialización de las valoraciones UPI la 32, donde se articuló con las diferentes áreas y componentes, a fin de socializar los resultados encontrados y las acciones en pro de favorecer el desempeño de los jóvenes.	
2	Brindar estrategias de intervención que favorezcan el desempeño ocupacional de NNAJ, a través de la socialización o el seguimiento de los casos especiales resultado de los análisis de las Mesas de Seguimiento Misional en las unidades de protección integral, el contexto pedagógico de territorio o de los procesos de intervención individual o colectivos que sea necesario realizar.	<p>2.1 Se asiste a las mesas de seguimiento misional y/o reuniones convocados durante el periodo, con el fin de dar seguimiento a los casos especiales dentro de la unidad de La 32.</p> <p>2.3 En cumplimiento de la presente obligación se realizó seguimiento de los AJ, con el fin de llevar la trazabilidad de los casos atendidos de acuerdo con las recomendaciones y/o remisiones en el proceso de valoración de terapia ocupacional y/o componentes, el cual permite generar el seguimiento al impacto individual y/o grupal de las discapacidades presentes en cada uno de los AJ beneficiarios.</p>	<p>Anexo 2.1 ACTAS MESAS MISIONALES.</p> <p>Anexo 2.2 CONTROL ATENCIONES UPI LA 32 ENERO</p> <p>Las evidencias acá relacionadas se encuentran cargadas y reposan en la carpeta de evidencias del mes de enero, en SECOP II y en la carpeta en DRIVE de Terapia Ocupacional.</p>
3	Realizar la planeación y seguimiento mensual de actividades con la población vinculada (NNAJ) a las Unidades de Protección Integral conforme a lo requerido en el instrumento PLANEACIÓN Y SEGUIMIENTO MENSUAL DE ACTIVIDADES CON NNAJ EN UNIDADES DE PROTECCIÓN INTEGRAL M-DZ-FT-104.	<p>3.1 En cumplimiento de la presente obligación, se realizó la planeación e informe de actividades del mes de diciembre, donde se recopilan los diferentes procesos que se desarrollan desde terapia ocupacional y que aportan a la investigación realizada por el instituto generando de forma permanente acciones que favorecen el proceso que cursan las y los AJ vinculados a la unidad de La 32.</p> <p>3.2 Se participó de la reunión de seguimiento, junto a la profesional de apoyo a la supervisión, la cual tuvo como objetivo revisar los indicadores y ejecución contractual desarrollada en la unidad y los diferentes procesos por parte de terapia ocupacional, a fin de garantizar los procesos de atención de los AJ vinculados a las unidades de protección.</p> <p>3.3 Para dar cumplimiento a la presente obligación, se ejecuta un informe anual donde se realiza la descripción</p>	<p>Anexo 3.1 PLANEACION MENSUAL UPI LA 32 ENERO</p> <p>Anexo 3.2 ACTA DE REUNION</p> <p>Anexo 3.3 INFORME ACTIVIDADES UPI LA 32 ENERO</p> <p>Las evidencias acá relacionadas se encuentran cargadas y reposan en la carpeta de evidencias del mes de enero en SECOP II y en la carpeta en DRIVE de Terapia Ocupacional.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS</small>	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-002
		VERSIÓN	08
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO	PÁGINA	3 de 4
		VIGENTE DESDE	04/10/2022

		cualitativa y cuantitativa de las acciones ejecutadas por parte de terapia ocupacional en la unidad, con el fin de enfatizar en el impacto generado a los beneficiarios.	
4	Realizar de acuerdo con la necesidad acciones de acompañamiento y orientación vocacional y Ocupacional a los NNAJ, en virtud de los procesos de valoración realizados.	<p>4.1 Durante el mes de enero en UPI La 32, se realizó el diligenciamiento de los formatos del Cuestionario de gustos, intereses y habilidades y el Perfil vocacional - formación técnica, garantizando de esta manera el proceso de orientación vocacional de los jóvenes atendidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • CUESTIONARIO DE GUSTOS, INTERESES Y HABILIDADES OCUPACIONALES TERAPIA OCUPACIONAL M-PSS-FT-002 VERSION 04. • PERFIL VOCACIONAL FORMACIÓN TÉCNICA M-PSS-FT-037 VERSIÓN 05. 	<p>Anexo 4.1 CONTROL ATENCIONES UPI LA 32 ENERO</p> <p>Las evidencias acá relacionadas se encuentran cargadas y reposan en la carpeta de evidencias del mes de enero en SECOP II y en la carpeta en DRIVE de Terapia Ocupacional.</p>
5	Aportar a las comisiones de evaluación y promoción, los conceptos ocupacionales de las y los NNAJ evaluados por el componente de Terapia Ocupacional, de acuerdo con lo requerido por el Formato REGISTRO PARA COMISIÓN DE EVALUACIÓN Y PROMOCIÓN EPI IDIPRON M-PSS-FT-024.	Para el período no se requirieron acciones de REGISTRO PARA COMISIÓN DE EVALUACIÓN Y PROMOCIÓN EPI IDIPRON M-PSS-FT-024; sin embargo, se continúan adelantado los procesos de valoración, emitiendo así los conceptos ocupacionales que aportan a este proceso.	N.A
6	Realizar el registro semanal en el Sistema de Información Misional (SIMI), de las acciones e intervenciones realizadas a los grupos de valor institucional (NNAJ), con criterios de calidad, oportunidad, eficiencia y ética profesional	<p>6.1 Durante el mes de enero se llevó de manera diaria el diligenciamiento de la información producto de los procesos adelantados de terapia ocupacional tanto a nivel grupal, como individual con la población beneficiaria en el Sistema de Información Misional SIMI, con criterios de calidad, oportunidad, confiabilidad y eficiencia para la organización y construcción de los informes de gestión.</p> <p>6.2 La profesional de apoyo a los procesos de terapia ocupacional realiza</p>	<p>Anexo 6.1 CONTROL ATENCIONES UPI LA 32 ENERO</p> <p>Anexo 6. 2 REVISION CARGUE SIMI CORTE 1 ENERO</p> <p>Las evidencias relacionadas se encuentran cargadas y reposan en la carpeta de evidencias del mes de enero en SECOP II y en la carpeta en DRIVE de Terapia Ocupacional.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</small> <small>SECRETARÍA DE TRÁFICO Y TRANSPORTE</small>	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-002
		VERSIÓN	08
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO	PÁGINA	4 de 4
		VIGENTE DESDE	04/10/2022

	el seguimiento del cargue de información en SIMI; por medio de una revisión semanal donde se registran las actividades desarrolladas por profesional y con cada uno de los jóvenes; permitiendo de esta manera un control y prevención de cualquier tipo de hallazgo y la subsanación de dicha información.	
--	---	--

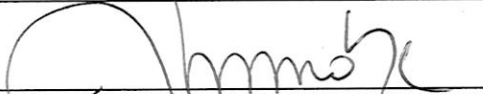

Nota: El supervisor del contrato entiende que con la Aceptación del presente formato resulta improcedente aplicar el incumplimiento que trata el artículo 86 de la ley 1474 de 2011 y demás que le modifiquen, en relación con las actividades aquí detalladas.

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.

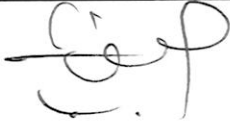
APORTES	Valor Cotizado	Periodo cotizado
SALUD	\$168.800	Diciembre
PENSIÓN	\$216.000	Diciembre
ARP	\$32.900	Diciembre


FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 03/02/2025

 LORENA CECILIA ILLIDGE BENJUMEA GERENTE OPERATIVA COD. 039 GRADO 01	 PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA C.C. 1013671889
---	---

Anexo:

- *Certificación e información para pago expedida por el Supervisor.
- *Certificación pagos Seguridad Social diciembre 2024 y enero 2025

0080
17/01/25 

	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-024
		VERSIÓN	07
	CERTIFICADO DE ENTREGA DE ELEMENTOS A CARGO DEL CONTRATISTA	PÁGINA	1 DE 1
		VIGENTE DESDE	04/10/2022

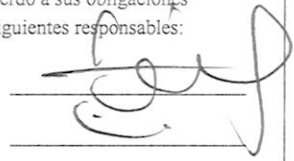
DATOS DEL CONTRATISTA							
CONTRATISTA	PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA			CÉDULA O NIT	1.013.671.889		
NÚMERO DE CONTRATO	DEPENDENCIA DONDE DESEMPEÑA SU OBJETO CONTRACTUAL	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACION (Incluyendo modificaciones)		
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
2024-2575	SEDE ADMINISTRATIVA CALLE 15	24	OCTUBRE	2024	14	ENERO	2025
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTACION DES ERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA CON AUTONOMIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PARA DETERMINAR CUALQUIER ALTERACION QUE AFECTE LOS COMPONENTES DE DESEMPEÑO DE LAS Y LOS NNAJ VINCULADOS AL IDIPRON.						

Mediante la firma del presente documento el supervisor en los eventos que aplique certifica que:

1. Recibe a entera satisfacción y en su totalidad la información digital que manejó y produjo el contratista mediante la ejecución de su Objeto Contractual, así mismo, que se realizó y entregó copia (Backup) de la información de la cuenta asignada y se le solicitó al área de sistemas deshabilitar el perfil del usuario asignado al Contratista.
2. Recibe a entera satisfacción y en su totalidad los archivos de gestión a cargo del contratista conforme al formato A-GDO-FT-018 "Inventario Documental" respectivo, y que no tiene pendientes con préstamos de documentos del Archivo (Central / Misional).
3. Recibe a entera satisfacción y en su totalidad los bienes (equipos y herramientas de trabajo) utilizados por el contratista para el desarrollo del objeto contractual. (TRANSPORTE, MANTENIMIENTO, BIENES MUEBLES E INMUEBLES Y APOYO LOGÍSTICO)
4. Fueron recibidos a entera satisfacción y en su totalidad los bienes devolutivos, elementos de consumo y/o consumo controlado, utilizados por el contratista para el desarrollo del objeto contractual previa revisión y aceptación del responsable del inventario de la dependencia.

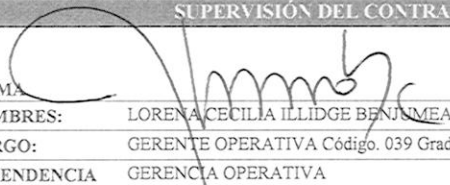
Elementos de Consumo	Elementos								
	Chaqueta	Camiseta	Pantalón	Gorra	Maleta	Carnet	Otro: ¿Cuál?		
	Cantidad	1							
	Talla	M							
Observaciones									

5. El contratista SÍ registró en el Sistema de Información Misional (SIMI) toda la gestión realizada con los NNAJ de acuerdo a sus obligaciones y/o responsabilidades relacionadas en su objeto contractual con el principio de veracidad, calidad y oportunidad, según lo validado por los siguientes responsables:

Responsable de: EDUCACIÓN ACADÉMICA Nombres y apellidos: MARIA LILIANA CUSGUEN CHACON Vo.Bo. 

Responsable de: _____ Nombres y apellidos: _____ Vo.Bo. _____


Responsable de: _____ Nombres y apellidos: _____ Vo.Bo. _____

SUPERVISIÓN DEL CONTRATO		CONTRATISTA	
FIRMA		FIRMA	<u>Paula Gonzalez</u>
NOMBRES:	LORENA CECILIA ILLIDGE BENJUMEA	NOMBRE:	PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA
CARGO:	GERENTE OPERATIVA Código. 039 Grado 01	Rol:	TERAPEUTA OCUPACIONAL
DEPENDENCIA	GERENCIA OPERATIVA	DEPENDENCIA	GERENCIA OPERATIVA/ COMPONENTE EDUCACIÓN

Vo.Bo. Apoyo a la supervisión: _____ Escribir los nombres y apellidos completos - cargo.

NOTA: El supervisor y/o interventor dará(n) fe de lo aquí establecido, sin perjuicio de las acciones administrativas, disciplinarias, fiscales y/o penales que se puedan suscitar por el desempeño de la labor de supervisión y/o interventoría, de conformidad con la normatividad vigente.

Este documento es de obligatoria elaboración y entrega para efectos del último pago, en el ítem 5 se puede incluir las filas que sean necesarias en caso de aplicar

	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-005
	CERTIFICACIÓN FINAL DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	VERSIÓN	06
		PÁGINA	1 de 1
		VIGENTE DESDE	04/10/2022

EL SUSCRITO SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DEL CONTRATO
No. 2024/2575 de 21/10/2024

CERTIFICA:

Que el INSTITUTO DISTRITAL PARA LA PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD - IDIPRON y PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA suscribieron el contrato No. 2024/2575 de 21/10/2024 cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA CON AUTONOMIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PARA DETERMINAR CUALQUIER ALTERACIÓN QUE AFECTE LOS COMPONENTES DEL DESEMPEÑO DE LAS Y LOS NNAJ VINCULADOS AL IDIPRON.**, para ser ejecutado en un plazo de **TRES (3) MESES** por valor de **DIEZ MILLONES CIENTO VENTI CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS. MCTE (\$10.124.259).**

Que el contrato inició su ejecución el día 24 del mes octubre del 2024.

Que el valor total del contrato es por la suma de: **DIEZ MILLONES CIENTO VENTI CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS. MCTE (\$10.124.259)** y su terminación tuvo ocurrencia el 14/01/2025, por solicitud de terminación anticipada por parte de la contratista.

Que el objeto y obligaciones contratadas fueron realizadas por el contratista y recibido por el IDIPRON a entera satisfacción.

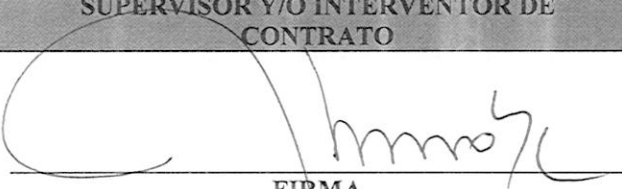
Que, durante el plazo de ejecución del contrato, el contratista acreditó el pago de sus obligaciones frente a los Sistemas de Seguridad Social Integral y Parafiscales cuando a ello hubo lugar, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, en concordancia con la Ley 828 del 10 de julio de 2003 y demás normas complementarias.

Que, los pagos efectuados a la contratista corresponden a la suma de: **Siete millones quinientos treinta y seis mil novecientos cuarenta y ocho pesos. MCTE (\$7.536.948).**

Que el saldo a favor del contratista corresponde a la suma de: **Un millón quinientos setenta y cuatro mil ochocientos ochenta y cinco pesos M/CTE (\$1.574.885)**, correspondientes a los honorarios del 1 al 14 de enero de 2025.

Que el saldo a liberar corresponde a la suma de: **Un millón doce mil cuatrocientos veintiséis pesos M/CTE (\$1.012.426)**

La presente certificación se expide en Bogotá D.C 15/01/2025.


SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO	APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (En caso de aplicar)
 FIRMA NOMBRE: LORENA CECILIA ILLIDGE B. CARGO: GERENTE CÓDIGO 039 GRADO 01 DEPENDENCIA: Gerencia Operativa TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO: 6013779997 Ext.1031 lorenac.illidge@idipron.gov.co	FIRMA NOMBRE: CARGO O No. DE CONTRATO:

 <p>ALCALDIA MAYOR MUNICIPALIDAD DE ALAJUELA CALLE CENTRAL S/N ALAJUELA, COSTA RICA</p>	GESTION DOCUMENTAL		CÓDIGO	A-GDO-FT-018
			VERSIÓN	04
			PÁGINA	1 DE 1
			VIGENTE DESDE	4/10/2022
INVENTARIO ÚNICO DOCUMENTAL				

ENTIDAD REMITENTE:	FONDO O ENTIDAD PRODUCTORA:		INSTITUTO DISTRITAL PARA LA PROTECCION DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD		FECHA DE REGISTRO														
	SUBSECCIÓN:		HOJA No.		DIA	MES	AÑO												
SECCIÓN:	SUDIRECCION TECNICA DE METODOS EDUCATIVOS Y/O OPERATIVA		EDUCACION		DIA	MES	AÑO												
OBJETO:	N/A		TRANSFERENCIA DE FOLIOS TERAPIA OCUPACIONAL		DIA	MES	AÑO												
N° ORDEN	N° CÓDIGO DEPENDENCIA	CÓDIGO N° CÓDIGO SERIE SUBSERIE	SERIE	SUBSERIE Y/O ASUNTO	NOMBRE DEL EXPEDIENTE	IDENTIFICADOR ALTERNATIVO	UNIDAD DE CONSERVACIÓN		N° DE FOLIOS		SOPORTE		FECHA INICIO		FECHA FINAL		OBSERVACIONES		
							CAJA	CARPETA	TOMO	OTRO	INICIAL	FINAL			DIA	MES		AÑO	DIA
1	7002	41	REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL	Registro de seguimiento terapia ocupacional	Control de atenciones acciones y/o seguimientos UPI la 32					1	1	PAPEL	17	10	2024	30	10	2024	NA
2	7002	41	REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL	Registro de seguimiento terapia ocupacional	Control de atenciones acciones y/o seguimientos UPI la 32					1	2	PAPEL	1	11	2024	29	11	2024	NA
3	7002	41	REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL	Registro de seguimiento terapia ocupacional	Control de atenciones acciones y/o seguimientos UPI la 32					1	2	PAPEL	3	12	2024	27	12	2024	NA
4	7002	41	REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL	Acta de reunión	Control de atenciones acciones y/o seguimientos UPI la 32					1	1	PAPEL	2	1	2025	15	1	2025	NA

No se acepta modificación en su contenido
Se pueden agregar las cédulas que se requieran para el diligenciamiento del mismo

ELABORÓ		REVISIÓN Y APROBACIÓN		RECIBIDO POR:	
FIRMA:	<i>Paula Gonzalez</i>	FIRMA:	<i>Paula Gonzalez</i>	FIRMA:	<i>Sandra Milena Gomez-Rodriguez</i>
NOMBRE:	PAULA GONZALEZ / MARIA TERESA MORENO TORRES	NOMBRE:	PAULA GONZALEZ / MARIA TERESA MORENO TORRES	NOMBRE:	SANDRA MILENA GÓMEZ-RODRIGUEZ
CARGO:	TERAPÉUTAS OCUPACIONALES	CARGO:	TERAPÉUTAS OCUPACIONALES	CARGO:	APOYO ADMINISTRATIVO EDUCACIÓN
FECHA:	17-ene-25	FECHA:	17-ene-25	FECHA:	17-ene-25

 <p>ALCALDE MAJOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	GESTIÓN DOCUMENTAL		CÓDIGO	A-GDO-FT-018
			VERSIÓN	04
			PÁGINA	1 DE 1
			VIGENTE DESDE	4/10/2022
INVENTARIO ÚNICO DOCUMENTAL				

N° ORDEN	N° CÓDIGO DEPENDENCIA	N° CÓDIGO SERIE	SERIE	SUBSERIE Y/O ASUNTO	NOMBRE DEL EXPEDIENTE	IDENTIFICADOR ALTERNATIVO	UNIDAD DE CONSERVACIÓN				N° DE FOLIOS	SOFORTE	FECHA INICIO			FECHA FINAL			OBSERVACIONES		
							CAJA	CARPETA	TOMO	OTRO			INICIAL	FINAL	DÍA	MES	AÑO	DÍA		MES	AÑO
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD																					
TRANSFERENCIA DE FOLIOS TERAPIA OCUPACIONAL																					
1	7002	41	TALLERES Y/O ACCIONES FORMATIVAS	Registro de asistencia al taller y/o acciones formativas	Taller y/o acciones formativas Terapia Ocupacional UPI la 32					1	1	25	10	2024	25	10	2024				
2	7002	41	TALLERES Y/O ACCIONES FORMATIVAS	registro de asistencia al taller y/o acciones formativas	Taller y/o acciones formativas Terapia Ocupacional UPI la 32					1	3	9	11	2024	12	11	2024				
3	7002	41	TALLERES Y/O ACCIONES FORMATIVAS	registro de asistencia al taller y/o acciones formativas	Taller y/o acciones formativas Terapia Ocupacional UPI la 32					1	2	4	12	2024	10	12	2024				
4	7002	41	TALLERES Y/O ACCIONES FORMATIVAS	Registro de asistencia al taller y/o acciones formativas	Taller y/o acciones formativas Terapia Ocupacional UPI la 32					1	1	3	1	2025	3	1	2025				

No se acepta modificación en su contenido
Se pueden agregar las celdas que se requieran para el diligenciamiento del mismo

ELABORÓ		REVISIÓN Y APROBACIÓN		ENTREGADO POR:		RECIBIDO POR:	
FIRMA:	<i>Paula Gonzalez Moreno Torres</i>	FIRMA:	<i>Paula Gonzalez Moreno Torres</i>	FIRMA:	<i>Para Leonor</i>	FIRMA:	<i>Para Leonor</i>
NOMBRE:	PAULA GONZALEZ / MARIA TERESA MORENO TORRES	NOMBRE:	PAULA GONZALEZ / MARIA TERESA MORENO TORRES	NOMBRE:	MARIA LEONOR GARCIA SANCHEZ	NOMBRE:	MARIA LEONOR GARCIA SANCHEZ
CARGO:	TERAPEÚTAS OCUPACIONALES	CARGO:	TERAPEÚTAS OCUPACIONALES	CARGO:	APOYO ADMINISTRATIVO LA 32	CARGO:	APOYO ADMINISTRATIVO LA 32
FECHA:	17-ene-25	FECHA:	17-ene-25	FECHA:	17-ene-25	FECHA:	17-ene-25