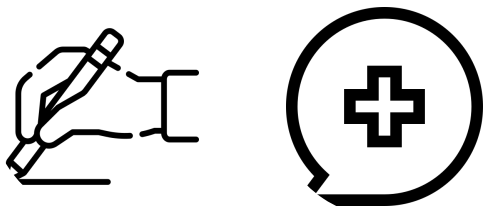
CONTRATACIÓN



Regresar

DATOS DEL INFORME							
Periodo para certificar:	**Desde:**	1 de abril de 2025	**Hasta luego:**	30 de abril de 2025			
Nombre del Contratista:	JENNY PAOLA GARAY BOBADILLA		**Número de documento:**	39806183			
Correo Electrónico:	pao3376@hotmail.com		**Número telefónico:**	3203429393			
Nombre del supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIÉRREZ MONTILLA	**Carga:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25		

DATOS DEL CONTRATO					
N.º de contrato:	8702-2024	**Año del contrato:**	2024	**Contrato Inicial CDP:**	2882
Perfil:	TÉCNICO 1-EBE				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Rubro presupuestal	Unidad	Número de horas	Número de horas adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI502	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	17	13804	2774604	112,8%

VALOR DEL SERVICIO PRESTADO MISMO:	**2774604**	**DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CUATROPESOS**

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de inicio del contrato		16 de diciembre de 2024		**Fecha de Terminación Inicial del Contrato**	15 de enero de 2025
No. Prórroga	**Fecha de inicio**	**Fecha de terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	31 de diciembre de 2024	28/02/2025	1	4920896	51
2	25/02/2025	09-04-2025	2	3198582	402
3	08-04-2025	31-05-2025	3	3491491	680

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mi cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	DICIEMBRE	227324
2	ENERO	2460448
3	FEBRERO	2460448
4	MARZO	2460448

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
5	ABRIL	2774604

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
1312239	**12923208**	**10383272**	**2539936**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar la apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establecen para cada convenio por parte de SDS.	-Apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establecen para cada convenio por parte de SDS -Actas de apropiación conceptuales	-Actas de apropiación conceptuales
2	Realizar actividades de auxiliar de enfermería según lineamiento operativo y la línea de acciones asignadas en el marco de la ejecución del convenio.	-realizar abordaje casa a casa en el territorio asignado aplicando tamizajes y estrategias para identificar riesgos en salud	-formatos de caracterización y tamizajes establecidos con claridad y veracidad
3	Realizar acercamiento al territorio o población asignada y desarrollar las actividades propias de la línea asignada según corresponda (Toma de medidas antropométricas, aplicación de escalas de valoración, proceso de vacunación o toma de pruebas POCT, actualización de geolocalización, etc. (según la línea de acción asignada) con criterios de calidad para asegurar la correcta identificación de riesgo.	-Caracterización familiar para la identificación y gestión de riesgos en salud, de acuerdo a las actividades y criterios establecidos en el lineamiento operativo.	-Formato de registro diario
4	Brindar educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población abordada según la asignación (Relevo, Visita domiciliaria, vacunación, aplicación de pruebas POCT, etc.) y clasificación de riesgo identificado.	-Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, obtenidas recomendaciones por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del referente, él líder y apoyos en precrítica y acompañamiento.	-Plan de mejora, seguimientos en campo.
5	Diligenciar de manera correcta los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponda, (bitácora diaria, formatos de caracterización, formato de escalas, etc.), garantizando calidad y veracidad de los mismos.	-Diligenciamiento de manera correcta los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponda, (bitácora diaria, formatos de caracterización, formato de escalas, etc.), garantizando calidad y veracidad de los mismos.	--aplicativo en línea
6	Realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agenteamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento.	-Seguimiento al plan de acción establecido en los productos del entorno hogar	--Plan de acción
7	Realizar registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS y Matriz de Seguimiento	-Elaboración de informes, reportes, matrices, indicadores y demás de acuerdo a producto asignado del entorno cuidador hogar y solicitud de SDS	-Informes y reportes solicitados
8	Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	-Asistencia a reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	-Listados de asistencia y actas de reuniones.
9	Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	-Asistencia a reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	-Listados de asistencia y actas de reunión.
10	Realizar el alistamiento de preauditoria sobre los productos asignados	Organización de documentos	-planillas de ejecución
11	Otras actividades propias del perfil que fortalecen el desarrollo de las actividades misionales.	-Reclamar insumos para la ejecución de las actividades.	-actas de recepción

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**
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**		
2025	**MARZO**	**2025**	**04**	**16**	9484362769	-
2460448						
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**				
Artículo		**Entidades Aportantes a la Seguridad Social**		**Ingreso Base de Cotización**	**Valor mínimo de los aportes**	**Valor aportado**

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
Pensionado	NO	PORVENIR	1423500	227760	227800
Salud		FAMISANAR		177938	178000
ARL	3	SURA		34676	34700
Caja de Compensación	NO		**Total**	**440374**	440500
Tipo de pago		MIS VENCIDO	1745633839 - Planilla Seguridad Social - 39806183		

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

Copyright ©2025 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur